



Mazowiecki
Urząd Wojewódzki w Warszawie

Raport

*„Opieka nad osobami starszymi
na terenie województwa mazowieckiego
w latach 2009 - 2011”*

Warszawa, marzec 2013 r.



WOJEWODA MAZOWIECKI

Jacek Kozłowski

Stanowu Państwo,

oddaję w Państwa ręce raport „Opieka nad osobami starszymi na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009–2011”. Podejmujemy ten temat z uwagi na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, który wiąże się z potrzebą opracowania strategicznych programów dla osób w podeszłym wieku na podstawie realnego rozpoznania ich sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-ekonomicznej. Poprawa organizacji i finansowania świadczeń dla osób starszych ma interdyscyplinarny i międzyresortowy wymiar. Bezpieczeństwo zdrowotne jest jednym z elementów perspektywy zdrowotnej seniorów i w znacznej części zależy od innych sektorów niż zdrowie – nauki, sportu, polityki społecznej, edukacji, a nawet finansów. Musimy się przygotować na to, że usługi poza zdrowotne będą zaspokajać większość potrzeb seniorów.

W raporcie przedstawiamy analizę obecnej sytuacji zdrowotnej osób w wieku senioralnym na terenie województwa mazowieckiego. Jej zasadnicze elementy to opieka zdrowotna: podstawowa, ambulatoryjna, stacjonarna, opieka długoterminowa, środowiskowa, a także pomoc społeczna. Wskazujemy również na inicjatywy skierowane do osób starszych, mobilizujące ich do aktywności fizycznej, społeczno-kulturalnej, a także działania prowadzące do podniesienia świadomości seniorów w zakresie bezpieczeństwa.

Raport zwraca uwagę na obszary wymagające zmian, już podjęte działania na rzecz poprawy stanu opieki nad seniorami, a także propozycje nowych rozwiązań usprawniających jej funkcjonowanie w przyszłości. Konieczne jest zaspokojenie potrzeb osób starszych, poprawa jakości i poziomu ich życia, stworzenie warunków godnego starzenia się. Podstawowym warunkiem osiągnięcia wymienionych celów jest włączenie się organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych, samych obywateli i mediów do ich realizacji.

*Z poważaniem,
Jacek Kozłowski*

Spis treści

Wstęp	1
I. Demografia - stan obecny, prognozy do 2035 roku	3
II. Infrastruktura	9
III. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi	18
1. Podstawowa opieka zdrowotna	18
2. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna	23
3. Ambulatoryjna psychiatryczna opieka zdrowotna	25
4. Stacjonarna opieka zdrowotna	27
5. Stacjonarna opieka psychiatryczna	39
6. Stacjonarna opieka długoterminowa	43
IV. Pomoc społeczna i świadczenia emerytalno-rentowe	45
V. Narodowy Program Zdrowia	50
VI. Inne działania na rzecz osób starszych	52
VII. Podsumowanie	58
Spis tabel	75
Spis wykresów	77

Opracowanie:

pod kierunkiem Elżbiety Nawrockiej zastępcy dyrektora Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego

Barbara Potocka - kierownik Oddziału Statystyki Medycznej i Programów Zdrowotnych.

Konsultacje:

Wiesława Kacperk – Biegańska - dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego

Dr n. med. Elżbieta Kozak-Szkopek - konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrici

Prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka - konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii

Dr n. med. Marek Stopiński - konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych

Dr n. med. Jacek Putz - konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego

Dr n. med. Agnieszka Bukowska - konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa

Lilia Kimber - Dziwisz - konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Justyna Piątkowska - Oleksiak – kierownik Sekcji Lecznictwa Stacjonarnego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Wstęp

W Polsce, tak jak w całej Europie obserwujemy postępujące starzenie się społeczeństwa. Jego przyczynami są strukturalne zmiany demograficzne: wydłużanie czasu trwania życia oraz spadek liczby urodzeń. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce odsetek osób powyżej 65 roku życia wzrośnie z 13,8% w roku 2011 do ponad 23% w roku 2035. Na Mazowszu podobnie, z ponad 14% w roku 2011 do ponad 22% w roku 2035. Zgodnie z prognozą, w ciągu najbliższych dwudziestu lat liczba seniorów w Polsce podwoi się; co czwarty Polak będzie miał skończone 65 lat, a odsetek osób po 80 roku życia wzrośnie trzykrotnie.

Z punktu widzenia ochrony zdrowia wymierne korzyści przynosi zapewnienie dostępu do infrastruktury i właściwie sprawowana opieka geriatryczna, co znacznie zwiększa szansę na utrzymanie sprawności oraz życie w dobrym zdrowiu do późnej starości. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 100-120 tysięcy mieszkańców powinno być dostępnych około 20-25 miejsc na oddziałach stacjonarnych, 15-25 miejsc na dziennych oddziałach geriatrycznych oraz 1 poradnia (2 etaty lekarskie).

Rządowa Rada Ludnościowa, organ doradczy Prezesa Rady Ministrów wskazała, że Polska ma jeden z najniższych wśród państw europejskich wskaźników łóżek geriatrycznych na liczbę mieszkańców – 9 na 100 tys. ludności. Osiągnięcie średniej europejskiej wartości tego wskaźnika wymaga utworzenia 7,6 tysięcy łóżek geriatrycznych. Potrzeby w zakresie liczby geriatrów należy ocenić na minimum 800 specjalistów, natomiast w zakresie liczby poradni geriatrycznych na około 350.

W roku 2011 w Polsce funkcjonowało 21 oddziałów geriatrycznych z 569 łózkami. Na terenie Mazowsza nie ma oddziałów geriatrycznych. Obecnie w Polsce zarejestrowanych jest 286 lekarzy geriatrów, z których 275 pracuje zgodnie ze specjalizacją. Na Mazowszu z 29 geriatrów, 16 pracuje zgodnie ze specjalizacją, w tym 8 według podstawowego miejsca pracy. Leczeniem osób w podeszłym wieku zajmują się głównie lekarze innych specjalności. Na obszarze kraju aktualnie jest 112 miejsc szkoleniowych kształcących geriatrów w 10 województwach. W województwie mazowieckim, podobnie jak w województwach: opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim, nie ma jednostek akredytowanych do kształcenia geriatrów.

Z związku ze wzrostem liczby osób starszych istotna jest rola pomocy społecznej w zapewnieniu bezpieczeństwa socjalnego seniorom. Oprócz pomocy finansowej ważny jest rozwój zaplecza socjalnego w postaci poradnictwa specjalistycznego, a także domowej i stacjonarnej opieki długoterminowej. Konieczna jest kontynuacja działań mających na celu aktywizację fizyczną i społeczno-kulturalną seniorów a także tworzenie relacji międzypokoleniowych.

Raport powstał na podstawie danych z lat 2009-2011. Prezentowane dane, których źródłem są sprawozdania statystyczne, gromadzone na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej, nie zawierają danych dotyczących działalności zakładów opieki zdrowotnej podlegających Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji (obecnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych), Ministerstwu Obrony Narodowej i Ministerstwu Sprawiedliwości. Za źródło informacji do opracowania raportu posłużyły również publikacje o tematyce dotyczącej ludzi starszych (lista dostępna na końcu raportu).

I. Demografia – stan obecny, prognozy do 2035 roku

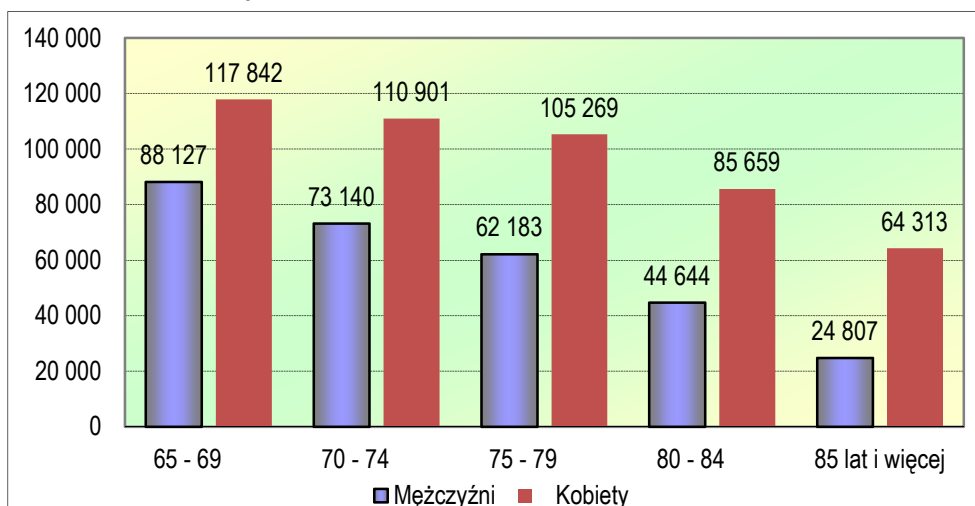
Według stanu na 31.12.2011 r. obszar województwa mazowieckiego zamieszkiwało 5 285 604 osób, z czego liczba ludności powyżej 65 roku życia, wynosiła 776 885 osób (co stanowi 14,70 % ludności województwa mazowieckiego). Województwo mazowieckie należy do województw, w których odsetek osób w wieku 65 lat i więcej jest najwyższy. W populacji ludzi starszych zauważalna jest przewaga liczebna kobiet nad mężczyznami. W grupie wiekowej 65 lat i więcej kobiety stanowiły 62,30 % populacji (483 984 osób), a mężczyźni 37,70 % (292 901). W grupie od 65 do 69 lat kobiety stanowiły 57,21% populacji, mężczyźni 42,79%. W grupie od 65 do 69 lat kobiety stanowiły 57,21% populacji, mężczyźni 42,79%. W grupie od 65 do 69 lat kobiety stanowiły 57,21% populacji, mężczyźni 42,79%. W grupie 85 lat i więcej, odsetek kobiet wynosił już 72,17%. Powyższe dane przedstawiają Tabela 1 i Wykres 1.

Tabela 1. Liczba ludności powyżej 65 roku życia w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.

Grupy wieku	Ogółem	Struktura procentowa	Mężczyźni	Udział % mężczyzn	Kobiety	Udział % kobiet
65 - 69	205969	26,5	88127	42,79	117842	57,21
70 - 74	184041	23,7	73140	39,74	110901	60,26
75 - 79	167452	21,6	62183	37,13	105269	62,87
80 - 84	130303	16,8	44644	34,26	85659	65,74
85 lat i więcej	89120	11,5	24807	27,83	64313	72,17
Ogółem	776885	100	292901	37,70	483984	62,30

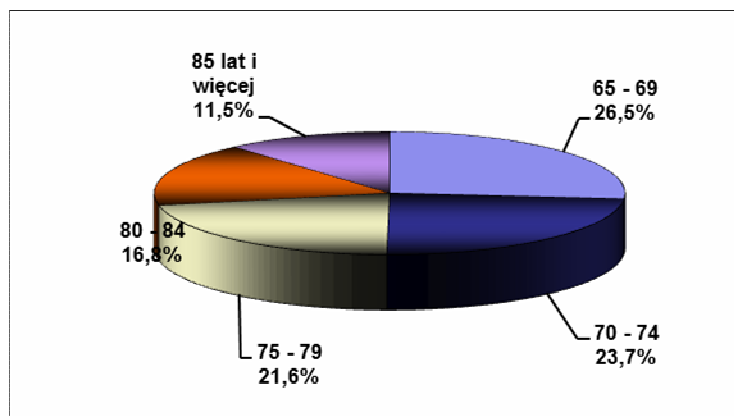
Źródło: GUS

Wykres 1. Liczba ludności w poszczególnych grupach wiekowych wg płci w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.



Źródło: GUS

Wykres 2. Struktura procentowa ludności powyżej 65 roku życia w poszczególnych grupach wiekowych w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.



Źródło: GUS

Jak wynika z danych przedstawionych na Wykresie 2, udział grupy 65-69 w populacji ludzi starszych jest największy i wynosi 26,5%. Udział grupy 85 lat i więcej jest najniższy i wynosi 11,5%.

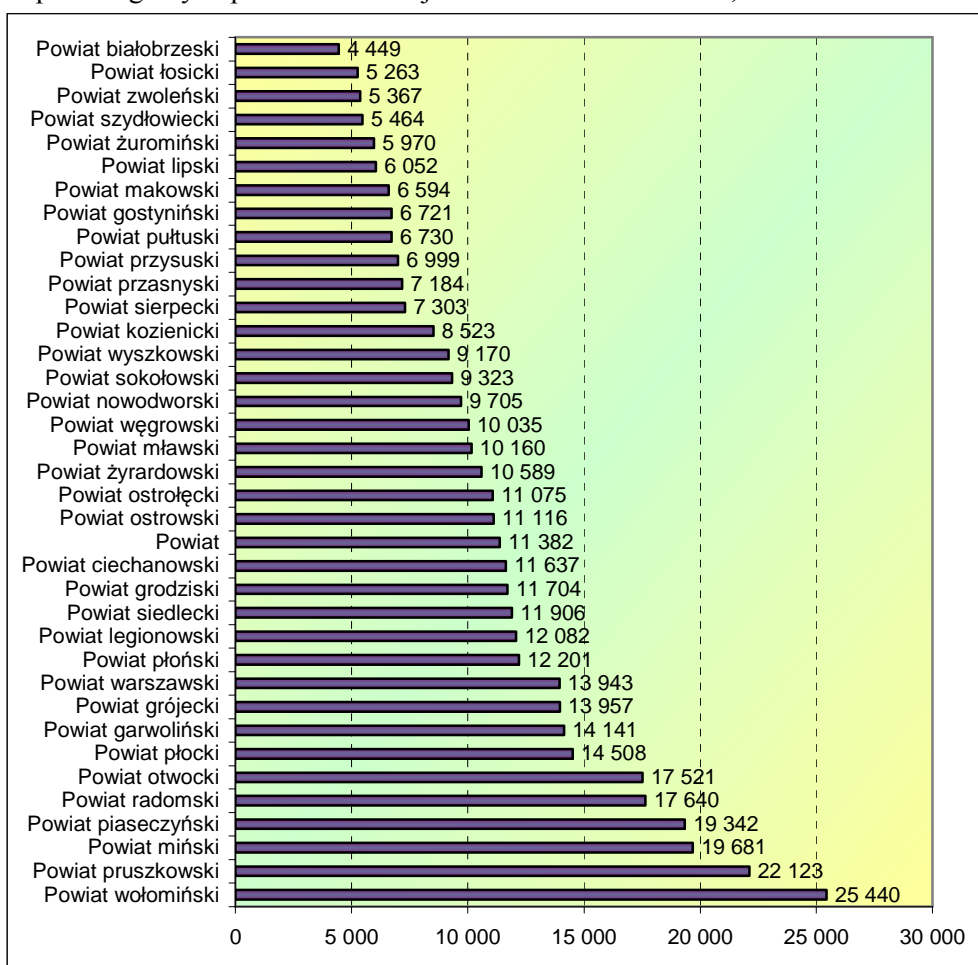
Poniżej przedstawiono liczbę ludności i udział osób w wieku powyżej 65 lat w liczbie ogółem, w poszczególnych powiatach województwa mazowieckiego. Powiaty, w których liczba ludności w analizowanym przedziale wiekowym jest największa to m.st. Warszawa 300 451 osób oraz m. Radom 31 457 osób, powiat wołomiński 25 440 osób i pruszkowski 22 123 osoby. Najwyższy udział procentowy osób powyżej 65 roku życia obserwujemy w m.st. Warszawa 17,59%, w powiatach sokołowskim 16,47%, lipskim 16,71%, łosickim 16,15% i przysuskim 16,09%. Najniższy udział jest w powiatach: piaseczyńskim 11,64%, wołomińskim 11,43%, legionowskim 11,15%, radomskim 11,76% i m. Ostrołęka 10,75%.

Tabela 2. Liczba ludności w poszczególnych grupach wiekowych w powiatach województwa mazowieckiego, stan na 31.12.2011 r.

Powiat \ Wiek	65-69	70 i więcej	Razem 65 i więcej	Ogółem powiat	Udział osób 65 i więcej w ogólnej liczbie ludności
Powiat m. st. Warszawa	76 739	223 712	300 451	1 708 491	17,59%
Powiat wołomiński	7 144	18 296	25 440	222 492	11,43%
Powiat m. Radom	9 054	22 403	31 457	220 602	14,26%
Powiat piaseczyński	5 913	13 429	19 342	166 189	11,64%
Powiat przyski	6 622	15 501	22 123	155 495	14,23%
Powiat radomski	4 727	12 913	17 640	150 018	11,76%
Powiat miński	5 198	14 483	19 681	148 118	13,29%
Powiat m. Płock	5 734	11 252	16 986	124 318	13,66%
Powiat otwocki	4 950	12 571	17 521	121 191	14,46%
Powiat płocki	3 891	10 617	14 508	110 415	13,14%
Powiat garwoliński	3 609	10 532	14 141	108 528	13,03%
Powiat legionowski	3 813	8 269	12 082	108 368	11,15%
Powiat warszawski zachodni	4 017	9 926	13 943	108 264	12,88%
Powiat grójecki	3 687	10 270	13 957	98 599	14,16%
Powiat ciechanowski	3 064	8 573	11 637	91 385	12,73%
Powiat płoński	3 220	8 981	12 201	89 174	13,68%
Powiat ostrołęcki	2 317	8 758	11 075	87 623	12,64%
Powiat grodzki	3 300	8 404	11 704	86 465	13,54%
Powiat sochaczewski	3 104	8 278	11 382	85 095	13,38%
Powiat siedlecki	2 852	9 054	11 906	81 811	14,55%
Powiat nowodworski	2 631	7 074	9 705	78 053	12,43%
Powiat żyrardowski	3 000	7 589	10 589	76 590	13,83%
Powiat m. Siedlce	2 963	6 281	9 244	76 480	12,09%
Powiat ostrowski	2 691	8 425	11 116	75 411	14,74%
Powiat mławski	2 482	7 678	10 160	74 703	13,60%
Powiat wyszkowski	2 429	6 741	9 170	73 742	12,44%
Powiat węgrowski	2 503	7 532	10 035	68 020	14,75%
Powiat kozienicki	2 173	6 350	8 523	62 481	13,64%
Powiat sokołowski	2 243	7 080	9 323	56 610	16,47%
Powiat przasnyski	1 690	5 494	7 184	53 999	13,30%
Powiat sierpecki	1 839	5 464	7 303	53 783	13,58%
Powiat m. Ostrołęka	1 762	3 985	5 747	53 443	10,75%
Powiat pułtuski	1 640	5 090	6 730	51 332	13,11%
Powiat makowski	1 439	5 155	6 594	47 004	14,03%
Powiat gostyniński	1 920	4 801	6 721	46 828	14,35%
Powiat przysuski	1 660	5 339	6 999	43 501	16,09%
Powiat sztybołowski	1 344	4 120	5 464	40 784	13,40%
Powiat żuromiński	1 456	4 514	5 970	40 404	14,78%
Powiat zwoleński	1 295	4 072	5 367	37 164	14,44%
Powiat lipski	1 485	4 567	6 052	36 207	16,71%
Powiat białobrzegi	1 114	3 335	4 449	33 843	13,15%
Powiat łosicki	1 255	4 008	5 263	32 581	16,15%
Województwo mazowieckie	205 969	570 916	776 885	5 285 604	14,70%

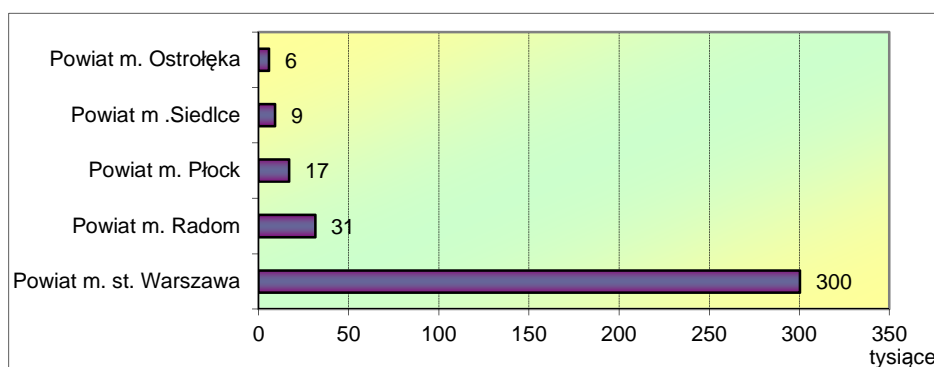
Źródło: GUS

Wykres 3. Liczba ludności powyżej 65 roku życia w poszczególnych powiatach w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.



Źródło: GUS

Wykres 4. Liczba ludności powyżej 65 roku życia w poszczególnych miastach na prawach powiatu w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.



Źródło: GUS

Tabela 3. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat w Polsce i w województwie mazowieckim w latach 1995-2011

Wyszczególnienie	Mężczyźni					Kobiety				
	w wieku lat									
	1995	2000	2005	2010	2011	1995	2000	2005	2010	2011
Polska	67,60	69,70	70,80	72,10	72,40	76,40	78,00	79,40	80,60	80,90
Mazowieckie	67,70	69,80	71,10	72,60	72,70	76,70	78,60	80,20	81,00	81,60

Źródło: GUS

Długość życia mieszkańców Polski, w tym także mieszkańców województwa mazowieckiego w latach 1995-2011 systematycznie wydłuża się. W Polsce w przypadku mężczyzn długość życia wzrosła o 4,8 lat a na Mazowszu o 5 lat, w przypadku kobiet: w Polsce o 4,5 roku a na Mazowszu o 4,9 lat.

Tabela 4. Trwanie życia w roku 2011 i prognoza dla 2035 r. w województwie mazowieckim

Rok	Trwanie życia	
	Kobiety	mężczyźni
2011	81,60	72,70
2035	83,40	77,50

Źródło: GUS

Średnia długość życia mieszkańców Mazowsza urodzonych w roku 2011 wyniesie dla mężczyzn – 72,7 lat, dla kobiet – 81,6 lat. Według prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego do 2035 roku przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o 4,8 lat dla mężczyzn oraz o 1,8 lat dla kobiet. Na wydłużenie życia wpływa wzrost poziomu wiedzy medycznej, poprawa warunków życia, wyższy poziom bezpieczeństwa pracy a także większa troska o higienę życia.

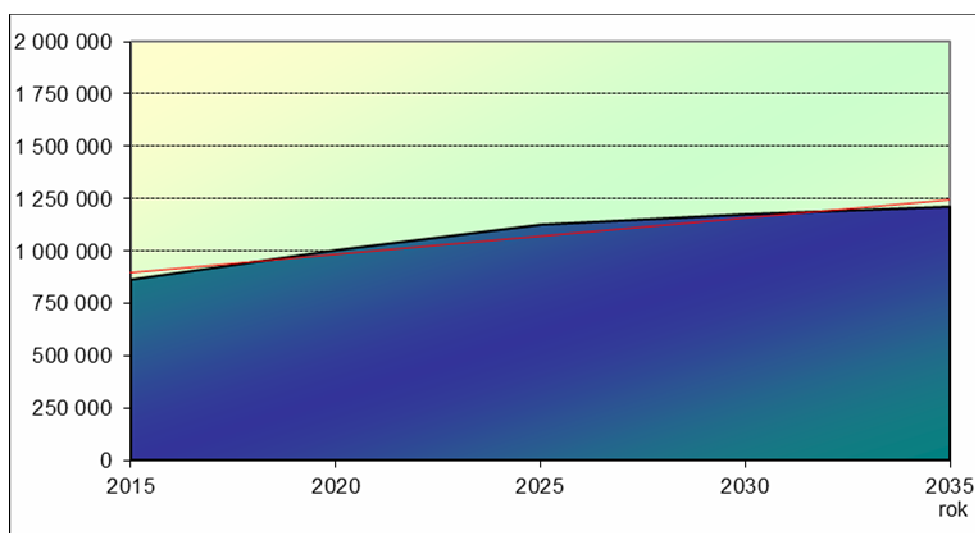
Tabela 5. Prognozowana liczba ludności w województwie mazowieckim w latach 2015-2035

Wiek rok	2015	2020	2025	2030	2035	2015	2020	2025	2030	2035
Ogółem	Liczby bezwzględne					Udział %				
	5 353 636	5 429 840	5 471 012	5 480 198	5 469 505	100%	100%	100%	100%	100%
0-19	1 099 243	1 127 712	1 140 764	1 085 893	1 007 739	20,53%	20,77%	20,85%	19,81%	18,42%
20-39	1 610 594	1 462 621	1 280 758	1 205 195	1 196 142	30,08%	26,94%	23,41%	21,99%	21,87%
40-64	1 786 527	1 835 841	1 924 088	2 016 802	2 056 812	33,37%	33,81%	35,17%	36,80%	37,61%
65-79	624 193	763 523	890 141	871 985	819 521	11,66%	14,06%	16,27%	15,91%	14,98%
80 i więcej	233 079	240 143	235 261	300 323	389 291	4,35%	4,42%	4,30%	5,48%	7,12%

Źródło: GUS

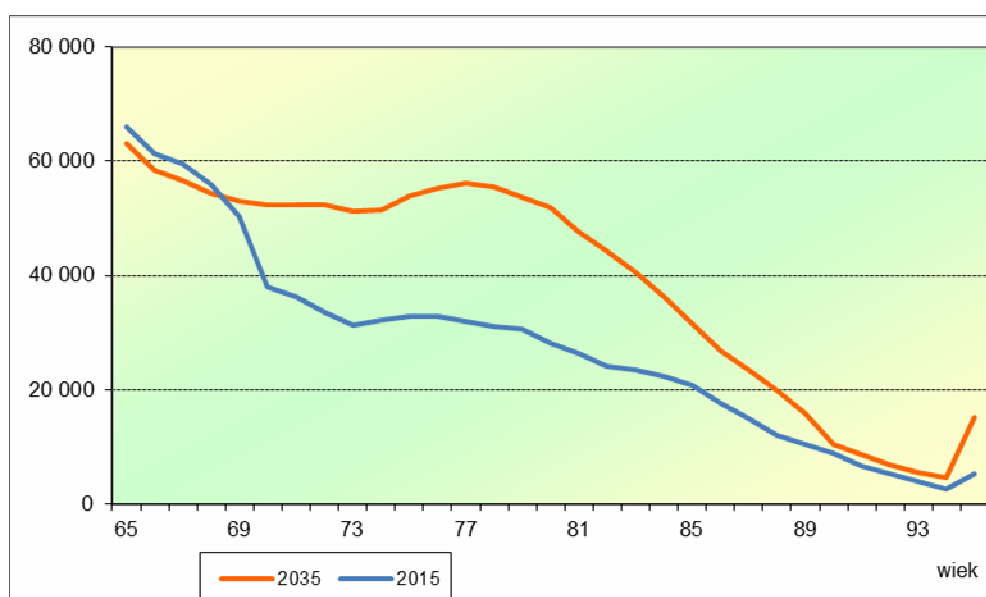
Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2015-2035 na terenie województwa mazowieckiego, nastąpił będzie niewielki wzrost liczby ludności ogółem. Zmniejszy się liczba ludności w grupie wiekowej od 0 do 39 roku życia, wzrośnie natomiast liczba ludności powyżej 40 roku życia. Zmianie ulegnie procentowy udział poszczególnych grup wiekowych w całej populacji. Zmniejszy się udział w grupach od 0 do 19 roku życia i od 20 do 39 roku życia o ok. 2%. Wzrośnie natomiast w grupach osób starszych, w każdej z nich o ok. 3%. Prognozowane zmiany, przedstawione w Tabeli 5, świadczą o zachodzącym procesie starzenia się społeczeństwa.

Wykres 5. Prognozowana liczba ludności powyżej 65 roku życia w latach 2015-2035 w województwie mazowieckim



Źródło: GUS

Wykres 6. Prognozowana liczba ludności w latach 2015-2035 w województwie mazowieckim



Źródło: GUS

Zjawisko starzenia się społeczeństw dotyczy wszystkich krajów, szczególnie europejskich. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za próg starości demograficznej uważa się większą niż 7% liczbę osób powyżej 65 roku życia. Polska ten próg przekroczyła w 1967 roku. Próg zaawansowanej starości - ponad 10% populacji w wieku ponad 65 lat Polska przekroczyła w 1980 roku. Próg ten przekroczyło także województwo mazowieckie. Analiza danych przedstawionych w tabelach i na wykresach wskazuje na stały, systematyczny wzrost udziału osób starszych w populacji ogółem. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności w województwie mazowieckim powyżej 65 roku życia wzrośnie z 857 272 w roku 2015, co stanowi ponad 14% z liczby ludności ogółem do 1 208 812 w roku 2035, co stanowi ponad 22% ludności ogółem.

II. Infrastruktura

1. Kadra

Kadra medyczna jest jednym z podstawowych elementów dobrze funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Istotna jest liczba, jak również kwalifikacje zawodowe osób pracujących w ochronie zdrowia.

W poniższej Tabeli 6 przedstawiono dane dotyczące zatrudnienia wybranego personelu medycznego w latach 2009-2011 w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego na terenie Mazowsza.

Tabela 6. Wybrany personel medyczny zatrudniony w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego w województwie mazowieckim w latach 2009 – 2011 (wg stanu w dn. 31 XII)

Rok	Liczba ludności w woj. mazowieckim		Lekarze	W tym lekarze specjaliści	Mgr pielęgniarstwa	Pielęgniarki
2009	5 222 167	Ogółem	9 669	7 261	893	17 476
		Na 10 tys. mieszkańców	18,5	13,9	1,7	33,5
2010	5 242 911	Ogółem	9 823	7 364	1 077	16 875
		Na 10 tys. mieszkańców	18,7	14,0	2,1	32,2
2011	5 285 604	Ogółem	10 088	7 682	1 579	16 243
		Na 10 tys. mieszkańców	19,1	14,5	3,0	30,7

Źródło: Roczne sprawozdanie MZ 88 za lata 2009– 2011 dla publicznych podmiotów leczniczych oraz spółek z udziałem JST (nie obejmuje placówek podległych MSW, MON i MS).

W roku 2011 w całym województwie mazowieckim, w publicznych podmiotach leczniczych oraz spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego, w podstawowym miejscu pracy zatrudnionych było 10 088 lekarzy, w tym 7 682 specjalistów, co stanowi 76,1%

wszystkich lekarzy. W roku 2010 liczba zatrudnionych lekarzy wyniosła 9 823, w tym 7 364 specjalistów, co stanowi 75%. W roku 2009 zatrudnionych było 9 669 lekarzy, w tym 7 261 specjalistów, co stanowi 76,4%. W analizowanym okresie 2009-2011 liczba lekarzy zwiększyła się o 419, co stanowi 4,3%, natomiast liczba specjalistów wzrosła o 421, co stanowi 5,7%. Wzrost liczby lekarzy spowodował korzystny wzrost liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców Mazowsza z 18,5 na 19,1, jak również wzrost liczby lekarzy specjalistów z 13,9 do 14,5. W roku 2011 wg podstawowego miejsca pracy, pracowało 1457 specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych.

W roku 2011 w publicznych podmiotach leczniczych oraz spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego, na terenie województwa mazowieckiego zatrudnionych było 1 579 mgr pielęgniarstwa według podstawowego miejsca pracy, o 686 więcej niż w roku 2009. W roku 2011 w publicznych podmiotach leczniczych oraz w spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego, według podstawowego miejsca pracy, zatrudnionych było 16 243 pielęgniarek ze średnim wykształceniem, o 1233 mniej niż roku 2009. Duży spadek zatrudnienia pielęgniarek ze średnim wykształceniem spowodowany jest tym, że wiele pielęgniarek podjęło kształcenie na studiach licencjackich i/lub magisterskich uzyskując wyższe kwalifikacje (świadczy o tym dość duży przyrost zatrudnienia wśród pielęgniarek z wyższym wykształceniem). Ogółem na terenie województwa mazowieckiego zatrudnionych było 16 243 pielęgniarki (mgr pielęgniarstwa i pielęgniarki ze średnim wykształceniem) w roku 2011, o 1233 pielęgniarki mniej w stosunku do roku 2009. Nastąpił wzrost liczby mgr pielęgniarstwa przypadających na 10 tys. mieszkańców z 1,7 w roku 2009 do 3,0 w roku 2011, jednak ogólna liczba pielęgniarek (mgr pielęgniarstwa i pielęgniarki ze średnim wykształceniem) przypadających na 10 tys. mieszkańców zmniejszyła się z 35,2 na 33,7.

Tabela 7. Zatrudnienie specjalistów w dziedzinach związanych z opieką geriatryczną na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011, wg podstawowego miejsca pracy

Specjalizacja	2009				2010				2011			
	I stopień	II stopień	Specjalizacja na nowych zasadach	Specjaliści ogółem	I stopień	II stopień	Specjalizacja na nowych zasadach	Specjaliści ogółem	I stopień	II stopień	Specjalizacja na nowych zasadach	Specjaliści ogółem
Geriatryczna	0	7	1	8	0	5	2	7	0	7	1	8
Pielęgniarstwo geriatryczne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	3	0	5	8	5	0	6	11	8	1	5	13
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: Roczne sprawozdanie MZ-89 za lata 2009-2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Jak wynika z danych w powyższej Tabeli 7, na terenie województwa mazowieckiego w analizowanym okresie zatrudnionych było według podstawowego miejsca pracy od 7 do 8 specjalistów w dziedzinie geriatrycznej. Ogółem na Mazowszu w roku 2011 zatrudnionych było 29 geriatrów, w tym 16 pracowało jako geriatrycy. Z powodu braku jednostek akredytowanych do kształcenia w dziedzinie geriatrycznej, w roku 2011 - 6 lekarzy z województwa mazowieckiego, kontynuowało kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatrycznej, korzystając z ośrodków innych województw: 2 w województwie małopolskim, 2 w województwie podlaskim i 2 w województwie lubelskim. Jak wynika z informacji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatrycznej, podobnie było w roku 2012 – 5 lekarzy z województwa mazowieckiego kontynuowało kształcenie specjalizacyjne korzystając z ośrodków akredytowanych innych województw: małopolskiego – 2 lekarzy, podlaskiego – 2 lekarzy, lubelskiego – 1 lekarzy. Fakt ten świadczy o zainteresowaniu lekarzy tą dziedziną medycyny.

Z analizy danych o zatrudnieniu pielęgniarek według podstawowego miejsca pracy wynika, że w latach 2009, 2010 i 2011 zatrudnionych było odpowiednio 8, 11 i 13 osób ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Brak jest pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie geriatrycznej i opieki paliatywnej. W roku 2011 zatrudnionych było 496 pielęgniarek ze średnim wykształceniem z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej i 140 w dziedzinie opieki paliatywnej.

2. Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej

W poniższej Tabeli 8 przedstawiono dane dotyczące zakładów podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011.

Tabela 8. Zakłady podstawowej opieki zdrowotnej, mające kontrakt z MOW NFZ w latach 2009-2011

Rok	Liczba placówek POZ	Liczba lekarzy POZ /bez względu na formę zatrudnienia/
2009	841	4134
2010	859	3703
2011	815	5516

Źródło: MOW NFZ, roczne sprawozdanie MZ-11 za lata 2009-2011

Jak wynika z analizy z danych, na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011 funkcjonowało od 815 do 859 zakładów. W roku 2011 w stosunku do roku 2009 zmalała o 44 liczba zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast znacząco wzrosła liczba lekarzy o 1382. Maksymalna liczb pacjentów przypadająca na 1 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie powinna przekraczać 2700 osób.

3. Zakłady specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

W poniższej Tabeli 9 przedstawiono dane dotyczące zakładów specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011.

Tabela 9. Zakłady specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, mające kontrakt z MOW NFZ w latach 2009-2011

Rok	Liczba świadczeniodawców	Liczba poradni specjalistycznych
2009	684	3 399
2010	685	3 279
2011	741	3 382

Źródło: MOW NFZ

Jak wynika z analizy danych, w roku 2011 w stosunku do roku 2009, wzrosła liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zaś liczba poradni specjalistycznych uległa nieznacznemu zmniejszeniu.

W latach 2009-2011 na Mazowszu funkcjonowało odpowiednio 7, 4, 5 poradni geriatrycznych, mających podpisane umowy z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. W roku 2011 z 5 poradni mających umowy z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, 4 funkcjonowały w Warszawie i 1 w Siedlcach. W roku 2012 z 8 poradni - 6 funkcjonowało w Warszawie, 1 w Siedlcach i 1 w Żyrardowie. Oprócz poradni geriatrycznych posiadających umowę z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Rejestrze Podmiotów Leczniczych zarejestrowanych było 13 poradni o tym profilu.

W ocenie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii, ambulatoryjne zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń geriatrycznych nie są specjalistycznymi poradniami geriatrycznymi a mają jedynie kontrakty na specjalistyczne świadczenia geriatryczne, świadczone przez pracujących tam geriatrów. Ze względu na realizację standardów opieki geriatrycznej, świadczenia zdrowotne w tym zakresie generują wysokie koszty ich realizacji. W ramach porady lekarskiej geriatrycznej dokonywana jest całościowa ocena stanu funkcjonalnego pacjenta poprzez skale podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, stanu fizycznego poprzez skale wydolności serca, skale ryzyka upadków, stanu umysłowego i psychicznego oraz ocena socjalno-środowiskowa. Ze względu na wielochorobowość osób starszych porada geriatryczna jest wyjątkowo pracochłonna i czasochłonna. Ze względu na niesprawność, duże znaczenie w opiece mają wizyty domowe, które nie są brane pod uwagę w wycenie świadczeń.

4. Szpitale ogólne

Na terenie województwa mazowieckiego w roku 2011 funkcjonowały 104 szpitale ogólne, w tym: 69 szpitali publicznych, 6 spółek z ograniczoną odpowiedzialnością z udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego i 29 szpitali niepublicznych. Szpitale dysponowały łącznie 24 314 łózkami, z tego 22 681 funkcjonowało w szpitalach publicznych i spółkach.

W szpitalach na Mazowszu nie ma oddziałów geriatrycznych. Pacjenci powyżej 65 roku życia korzystają z opieki zdrowotnej na innych oddziałach szpitalnych. Największy odsetek pacjentów powyżej 65 roku życia leczonych jest na oddziałach przedstawionych poniżej. Są to oddziały: chorób wewnętrznych, okulistyczny, kardiologiczny, neurologiczny, urologiczny, chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedycznej.

Tabela 10. Wybrane oddziały szpitalne z najwyższym odsetkiem pacjentów powyżej 65 roku życia

Oddział/Rok	2009			2010			2011		
	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Wykorzysta nie łóżek	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Wykorzysta nie łóżek	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Wykorzysta nie łóżek
Okulistyczny	14	385	44,78%	14	382	46,76	16	377	48,87
Chorób wewnętrznych	63	3113	84,11%	64	3220	85,33	65	3235	81,77
Kardiologiczny	24	1176	83,20%	26	1205	81,15	30	1270	78,31
Neurologiczny	23	795	78,64%	24	856	80,34	21	778	78,08
Urologiczny	17	416	62,78%	18	443	62,08	19	444	63,13
Chirurgiczny ogólny	56	2235	65,11%	58	2206	63,91	64	2302	62,77
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	38	1586	72,34%	36	1550	74,23	42	1605	72,07

Źródło: Roczne sprawozdanie MZ-29 za lata 2009, 2010, 2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Wykorzystanie łóżek na tych oddziałach zawiera się w przedziale od ponad 40% - oddział okulistyczny do ok. 80% - oddziały chorób wewnętrznych, kardiologiczny i neurologiczny. Na oddziałach urologicznym i chirurgii ogólnej wskaźnik ten wynosi ponad 60% a na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznym – ponad 70%.

5. Szpitale psychiatryczne

Na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2010 funkcjonowało 9 publicznych szpitali psychiatrycznych z liczbą łóżek 3 077 w roku 2009 i 2 992 w roku 2010.

Od roku 2011 funkcjonuje 8 szpitali publicznych i 2 spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego z ogólną liczbą łóżek 2 969 (Tabela 11).

Tabela 11. Szpitale psychiatryczne – publiczne i spółki z terenu województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Wyszczególnienie	2009		2010		2011	
	Liczba zakładów	Liczba łóżek stan w dniu 31.XII	Liczba zakładów	Liczba łóżek stan w dniu 31.XII	Liczba zakładów	Liczba łóżek stan w dniu 31.XII
Publiczne szpitale psychiatryczne	9	3 077	9	2 992	8	2 741
Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z udziałem Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego	0	0	0	0	2	228
Ogółem	9	3 077	9	2 992	10	2 969

Źródło: Roczne sprawozdanie MZ-30 za lata 2009, 2010, 2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Na terenie województwa mazowieckiego w szpitalach psychiatrycznych funkcjonują 4 oddziały psychogeriatryczne z ogólną liczbą łóżek 155 (bez zmian w latach 2009-2011) – Tabela 12. Posiadają zawarte z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia umowy na świadczenia opieki zdrowotnej.

Tabela 12. Oddziały psychogeriatryczne w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa mazowieckiego, stan na 31.12

Nazwa i adres jednostki	Liczba oddziałów	Liczba łóżek rzeczywistych stacjonarnych
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9	1	30
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza, w Pruszkowie, ul. Partyzantów 2/4	1	52
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych "DREWNICA" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ząbkach, ul. Rychlińskiego 1	1	23
Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie, ul. Zalesie 1	1	50
Ogółem	4	155

Źródło: Roczne sprawozdanie MZ-30 za lata 2009, 2010, 2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

6. Zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze

Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) jest to zakład stacjonarny udzielający całodobowo świadczenia zdrowotne, obejmujący swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewniający im pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO) jest przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu.

Tabela 13. Zakłady opiekuńcze na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Rodzaj zakładu	2009			2010			2011		
	Liczba zakładów	Liczba łóżek stacjonarnych w zakładach stan w dniu 31.XII	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	Liczba zakładów	Liczba łóżek stacjonarnych w zakładach stan w dniu 31.XII	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	Liczba zakładów	Liczba łóżek stacjonarnych w zakładach stan w dniu 31.XII	Liczba łóżek na 10 tys. ludności
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	40	2 580	4,94	38	2 607	4,97	47	3 056	5,78
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	19	834	1,60	21	1 077	2,10	20	923	1,75
Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne	6	541	1,04	5	609	1,16	6	664	1,26

Źródło: Roczne sprawozdanie MZ-29A za lata 2009-2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Z danych przedstawionych w powyższej Tabeli 13, wynika, że w roku 2011 w stosunku do roku 2009, wzrosła liczba zakładów opiekuńczych, zwiększyła się również liczba łóżek przypadających na 10 tys. ludności.

Tabela 14. Liczba zakładów opiekuńczych z umowami z MOW NFZ

Rodzaj zakładu	Liczba zakładów		
	2009	2010	2011
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	40	47	50
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze			
Pielęgniarska opieka długoterminowa	93	129	137

Źródło: MOW NFZ

Dane w Tabeli 14 wskazują na wzrost liczby zakładów opieki długoterminowej, z którymi Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia podpisuje umowy na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej. Jest to wynikiem wzrastającego zapotrzebowania na tego typu opiekę, także nad osobami starszymi, przewlekle chorymi.

W 2011 roku 50 zakładów opiekuńczych, na 73 funkcjonujące oraz 137 zakładów pielęgniarskiej opieki długoterminowej miało podpisaną umowę z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Hospicja

Hospicjum jest to zakład udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów. W latach 2009-2011 na terenie województwa mazowieckiego funkcjonowało 11 hospicjów stacjonarnych

z umowami z Mazowieckim Odziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Liczba łóżek w roku 2009 wynosiła 190 a w roku 2011 wzrosła do 200. Na 10 tys. ludności przypadało od 0,36 do 0,38 łóżek.

8. Domy pomocy społecznej

Według stanu na dzień 31.12.2011 r. na terenie województwa mazowieckiego działało 51 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych (21 dla osób w podeszłym wieku, 23 przewlekle chorych i 7 typu łączonego). Placówki tego typu łącznie na terenie Mazowsza dysponowały liczbą 4227 miejsc (1359 dla osób w podeszłym wieku, 2170 dla przewlekle chorych oraz 698 typu łączonego). W domach pomocy społecznej koszty opieki pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co znacznie podnosi koszty ich funkcjonowania.

W latach 2009-2011 odnotowano niewielki wzrost liczby dziennych domów pomocy zlokalizowanych na terenie województwa mazowieckiego. Na koniec 2011 r. na terenie Mazowsza funkcjonowały 24 tego typu placówki. Placówki te oferowały łącznie 1652 miejsca, z których skorzystało 1 906 osób. Prowadziło je 8 gmin.

9. Prywatne placówki całodobowej opieki dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub osób w podeszłym wieku.

Na Mazowszu działa 130 ośrodków zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Zezwolenie Wojewody Mazowieckiego na prowadzenie przedmiotowej działalności posiadają 42 podmioty, prowadzące ośrodki z ogólną liczbą miejsc 1457.

Pierwsze tego typu placówki w większości nie spełniały standardu w zakresie usług socjalno-bytowych, jednak z czasem poziom usług zaczął wzrastać.

Jednocześnie koszt jednego miejsca jest niższy niż w domach pomocy społecznej, czy zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Wynika to z zatrudnienia mniejszej liczby personelu (przepisy prawa nie określają bowiem minimalnego wskaźnika zatrudnienia).

III. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi

1. Podstawowa opieka zdrowotna

Tabela 15. Pacjenci w wieku 65 lat i więcej, będący pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) wg rozpoznań w latach 2009-2011.

Lp.	Rozpoznanie	2009			2010			2011			
		Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan na 31.12.)	w tym w wieku 65 lat i więcej	udział %	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan na 31.12.)	w tym w wieku 65 lat i więcej	udział %	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem (stan na 31.12.)	w tym w wieku 65 lat i więcej	udział %	
1	Ogółem	1 769 418	564 406	32%	1 451 446	526 217	36%	1 813 562	686 972	38%	
2	Gruźlica A15-A19, B90	3 953	1 165	29%	3 435	935	27%	3 448	1 046	30%	
3	Nowotwory C00-C97, D00-D48	47 874	16 884	35%	44 243	17 572	40%	55 943	22 356	40%	
4	Choroby tarczycy E00-E07	90 807	19 084	21%	70 860	17 921	25%	96 041	24 266	25%	
5	Cukrzyca E10-E14	176 912	69 649	39%	154 104	67 266	44%	181 710	83 111	46%	
6	w tym leczeni insuliną	40 590	14 784	36%	35 906	13 499	38%	42 642	17 415	41%	
7	Niedokrwiłość D50-D64	44 238	10 445	24%	33 531	10 519	31%	41 965	12 343	29%	
8	Choroby obwodowego układu nerwowego G50-G59	112 924	25 049	22%	98 017	23 427	24%	122 778	29 546	24%	
9	Choroby układu krążenia I00-I99	886 301	344 037	39%	741 419	328 756	44%	930 186	429 324	46%	
10	w tym	przewlekła choroba reumatyczna	19 629	7 615	39%	14 772	5 593	38%	20 852	9 637	46%
11		choroba nadciśnieniowa	559 355	197 627	35%	479 035	201 756	42%	614 565	272 010	44%
12		choroby naczyń mózgowych	48 340	25 087	52%	46 835	26 377	56%	49 688	28 241	57%
13		niedokrwienna choroba serca	173 031	80 452	46%	155 218	76 304	49%	171 984	89 860	52%
14	z wiersza "niedokrwienna choroba serca" przebyty zawał serca I25,2	32 806	13 027	40%	27 177	11 526	42%	28 960	12 871	44%	
15	Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa J40-J47	129 773	41 126	32%	117 886	40 728	35%	123 751	44 422	36%	
16	Przewlekłe choroby układu trawiennego K25-K93	207 173	44 538	21%	161 829	46 084	28%	195 245	52 136	27%	
17	Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99	283 598	86 091	30%	253 078	85 251	34%	320 581	107 790	34%	
18	Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	95 794	33 908	35%	85 300	31 290	37%	144 046	48 985	34%	

Źródło: roczne sprawozdania MZ-11 za lata 2009-2011 (Dane nie obejmują zakładów opieki zdrowotnej podległych MSWiA, MON, MS)

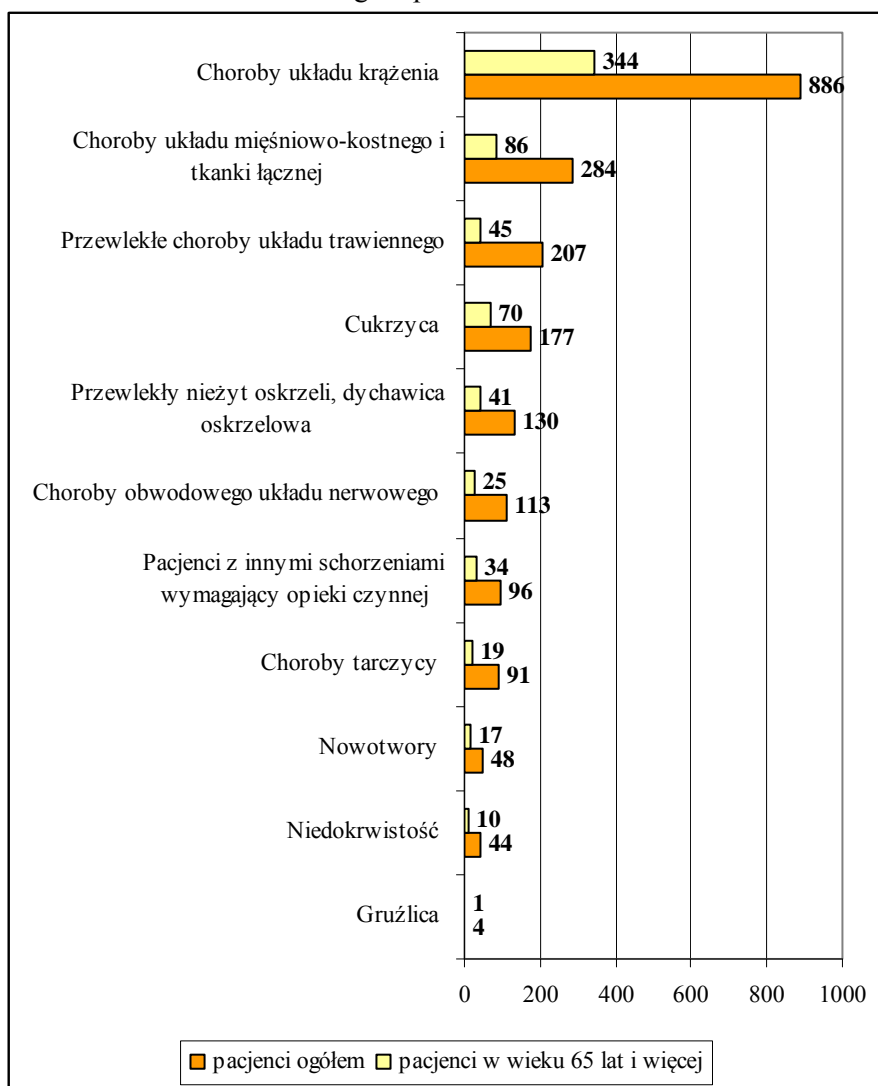
Jak wynika z Tabeli 15 i Wykresów 7, 8, 9 rośnie liczba pacjentów ogółem korzystających z poradni podstawowej opieki zdrowotnej. Tendencje rosnące dotyczą wszystkich prezentowanych rozpoznań. Wzrasta liczba pacjentów ogółem, liczba pacjentów powyżej 65 roku życia a także ich udział w liczbie pacjentów ogółem.

Pacjenci w wieku 65 lat i więcej stanowili w latach 2009-2011 średnio od 32% w roku 2009 do 38% pacjentów w roku 2011. Największy udział pacjentów powyżej 65 roku życia w stosunku do pacjentów ogółem odnotowuje się w przypadku chorób układu krążenia, gdzie seniorzy stanowili od 39% do 46% pacjentów z liczby ogółem, w tym choroby naczyń mózgowych od 52% do 57% z liczby pacjentów ogółem.

Następną grupę stanowią pacjenci z cukrzycą. Wskaźnik, podobnie jak w przypadku chorób krążenia mieści się w przedziale od 39% do 46% pacjentów z liczby ogółem. Duży odsetek stanowią również pacjenci z rozpoznaniem choroby nowotworowej, w roku 2009 – 35%, w roku 2011 - 40%. Najmniejszą grupę pacjentów w wieku 65 lat i więcej w stosunku do pacjentów ogółem stanowią pacjenci z chorobą układu nerwowego od 22% do 24%.

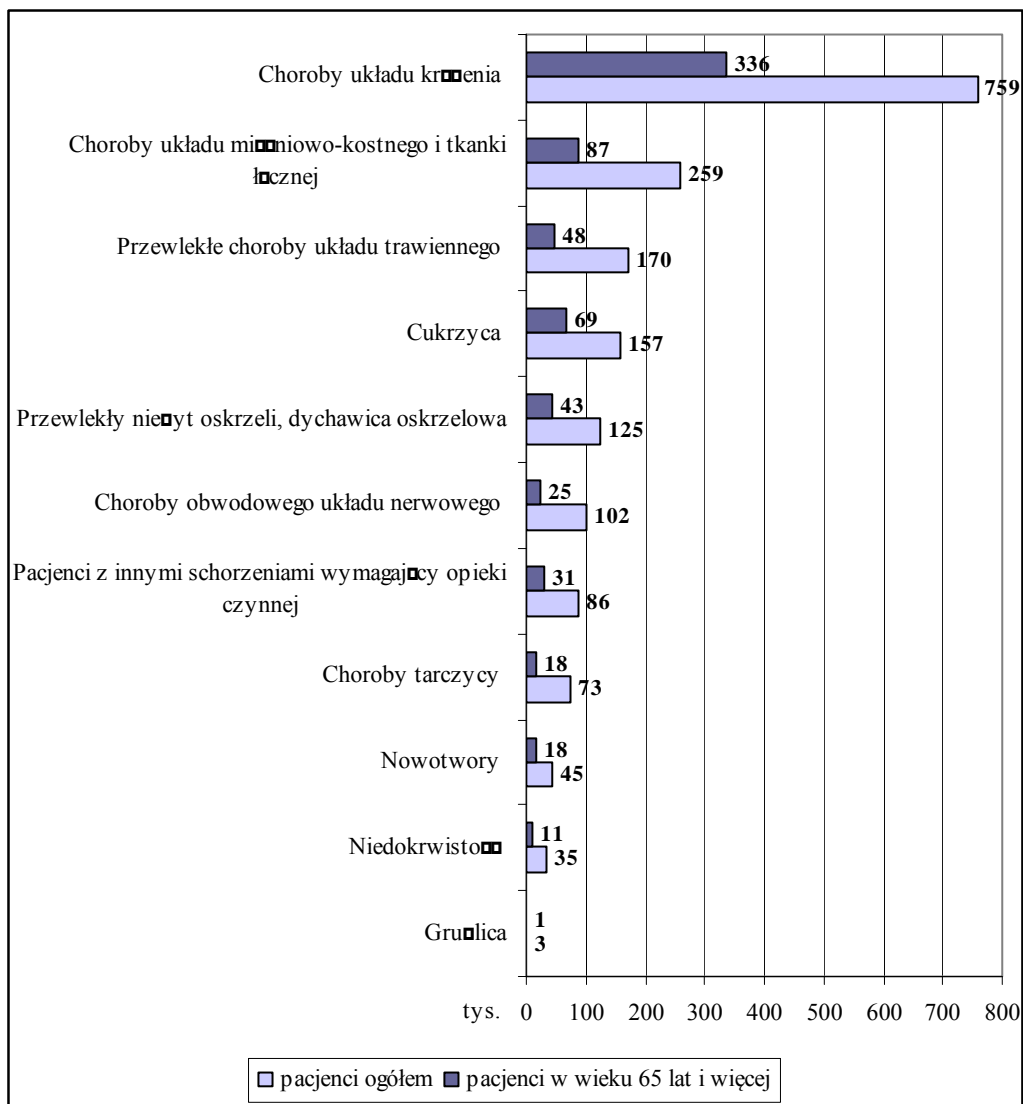
Na Wykresach 7, 8, i 9 przedstawiono dane dotyczące liczby pacjentów ogółem i w wieku powyżej 65 lat według rozpoznań w latach 2009-2011. Jak wynika z danych, największą grupę pacjentów powyżej 65 roku życia, stanowili pacjenci z chorobą układu krążenia w roku 2009 - 344 037 a w roku 2011 – 429 324 pacjentów, następną grupę stanowili pacjenci z chorobami układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, od 86 091 w roku 2009 do 107 790 w roku 2011. Kolejna grupa pacjentów wg liczby rozpoznań, to pacjenci z cukrzycą, w roku 2009 było ich 69 649 a w roku 2011 – 83 111.

Wykres 7. Liczba pacjentów ogółem oraz pacjentów w wieku 65 lat i więcej, według rozpoznań w 2009 r.



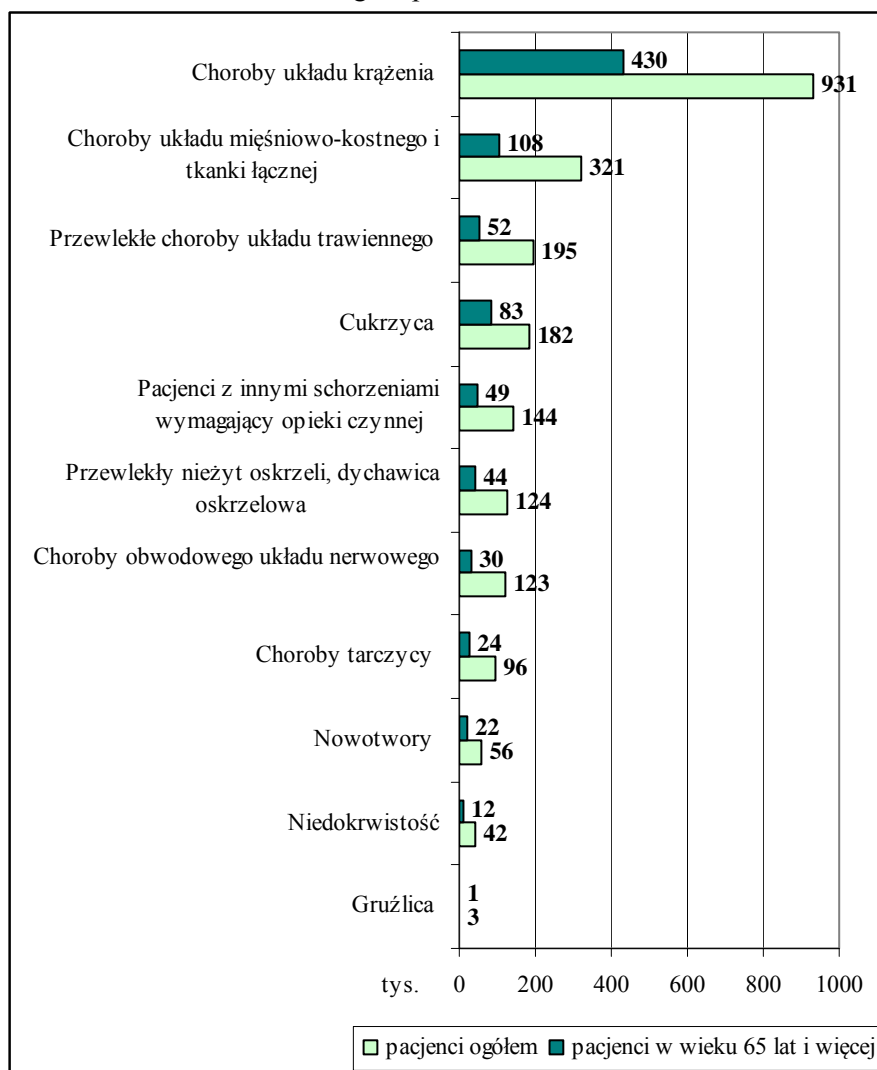
Źródło: roczne sprawozdania MZ-11 za 2009 r.

Wykres 8. Liczba pacjentów ogółem i pacjentów w wieku 65 lat i więcej według rozpoznań w 2010 r.



Źródło: roczne sprawozdanie MZ-11 za 2010 r.

Wykres 9. Liczba pacjentów ogółem i pacjentów w wieku 65 lat i więcej według rozpoznań w 2011 r.



Źródło: roczne sprawozdania MZ-11 za 2011 r.

Tabela 16. Procentowy udział świadczeń lekarza POZ oraz bezwzględna liczba świadczeń lekarza POZ udzielonych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia w latach 2009–2011

Rok	Liczba porad udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba udzielonych porad w zakresie świadczenia lekarza POZ poszczególnych latach	Udział porad udzielonych w grupach wiekowych		Udział porad w zakresie świadczenia lekarza POZ udzielonych osobom od 65 roku życia
	Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej	
2009	3 574 211	1 552 358	16 747 359	21,34%	9,27%	30,61%
2010	3 477 535	1 629 080	16 459 391	21,13%	9,90%	31,03%
2011	3 604 284	1 760 904	17 055 792	21,13%	10,32%	31,46%

Źródło: MOW NFZ

Z danych przedstawionych w Tabeli 16 wynika, że udział świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom w wieku ponad 65 lat systematycznie wzrastał i stanowił 30,67% wszystkich udzielonych świadczeń w roku 2009 i 31,46% w roku 2011. W grupie od 65 do 79 lat odsetek ten kształtował się na poziomie 21,34% w roku 2009 i 21,13% w roku 2011. Udział świadczeń udzielonych pacjentom w grupie 80 lat i więcej wzrósł z 9,27% do 10,32%.

2. Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna

Tabela 17. Procentowy udział świadczeń oraz bezwzględna liczba świadczeń udzielonych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg zakresów świadczeń w latach 2009 – 2011

Rok	Nazwa zakresu	Liczba porad udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba udzielonych świadczeń w poszczególnych latach i zakresach	Udział porad udzielonych w grupach wiekowych		Udział porad udzielonych osobom od 65 roku życia
		65-79	80 i więcej		65-79	80 i więcej	
2009	świadczenia w zakresie diabetologii	94 963	22 299	233 103	40,74%	9,57%	50,30%
	świadczenia w zakresie geriatrici	2 784	2 421	5 438	51,20%	44,52%	95,72%
	świadczenia w zakresie kardiologii	261 999	80 638	602 854	43,46%	13,38%	56,84%
	świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	28 562	6 283	66 167	43,17%	9,50%	52,66%
	świadczenia w zakresie nefrologii	17 277	6 481	45 058	38,34%	14,38%	52,73%
	świadczenia w zakresie leczenia bólu	36 402	12 129	89 841	40,52%	13,50%	54,02%
	świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy	44 573	10 465	85 941	51,86%	12,18%	64,04%
	świadczenia w zakresie urologii	161 194	49 521	346 193	46,56%	14,30%	60,87%
2010	świadczenia w zakresie diabetologii	95 347	24 248	236 547	40,31%	10,25%	50,56%
	świadczenia w zakresie geriatrici	3 135	2 832	6 283	49,90%	45,07%	94,97%
	świadczenia w zakresie kardiologii	255 647	87 204	603 068	42,39%	14,46%	56,85%
	świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	28 828	7 250	69 045	41,75%	10,50%	52,25%
	świadczenia w zakresie nefrologii	18 447	7 574	47 355	38,95%	15,99%	54,95%
	świadczenia w zakresie leczenia bólu	32 850	11 615	84 550	38,85%	13,74%	52,59%
	świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy	42 252	11 115	84 707	49,88%	13,12%	63,00%
	świadczenia w zakresie urologii	159 760	54 326	352 161	45,37%	15,43%	60,79%
2011	świadczenia w zakresie diabetologii	103 263	27 888	252 811	40,85%	11,03%	51,88%
	świadczenia w zakresie geriatrici	2 759	3 315	6 228	44,30%	53,23%	97,53%
	świadczenia w zakresie kardiologii	247 251	92 195	583 646	42,36%	15,80%	58,16%
	świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń	32 083	8 953	77 467	41,42%	11,56%	52,97%
	świadczenia w zakresie nefrologii	19 321	8 771	50 010	38,63%	17,54%	56,17%
	świadczenia w zakresie leczenia bólu	24 640	10 546	66 147	37,25%	15,94%	53,19%
	świadczenia w zakresie kardiologii	1 953	408	4 620	42,27%	8,83%	51,10%
	świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy	43 573	13 064	88 313	49,34%	14,79%	64,13%
	świadczenia w zakresie urologii	176 652	64 698	388 844	45,43%	16,64%	62,07%

Zródło: MOW NFZ

Powyższa Tabela 17 przedstawia dane dotyczące świadczeń udzielonych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna według zakresów, w których osoby w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia stanowili ponad 50% pacjentów z liczby ogółem w analizowanym okresie. Wysoki odsetek pacjentów powyżej 65 roku życia w stosunku do liczby pacjentów ogółem korzystał ze świadczeń w zakresie leczenia osteoporozy – w roku 2009 – 64,04%, w roku 2010 – 63% a w roku 2011 – 64,13%, zakresie urologii – w roku 2010 – 60,79%, w roku 2011 – 62,07% i ponad 56% w zakresie kardiologii w roku 2009 – 56,84%, w roku 2010 – 56,85% i w roku 2011 – 58,16% z ogółu pacjentów. Największa liczba pacjentów powyżej 65 roku życia korzystała ze świadczeń w zakresie kardiologii, w roku 2009 – 342 637, w roku 2011 – 339 446 pacjentów, w zakresie urologii, w roku 2009 – 210 715, w roku 2011 – 241 350 pacjentów i w zakresie diabetologii – w roku 2009 – 117 262, w roku 2011 – 131 151 pacjentów. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie geriatry wynosiła w 2009 roku- 5205 w roku 2010 - 5967 a w roku 2011- 6074. Ze świadczeń z zakresu geriatry skorzystała tak mała liczba seniorów ze względu na niewielką dostępność do poradni o tym profilu w województwie mazowieckim.

Tabela 18. Procentowy udział świadczeń oraz bezwzględna liczba świadczeń udzielonych w rodzaju: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg zakresów świadczeń w latach 2009 – 2011.

Rok	Nazwa zakresu	Liczba porad udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba udzielonych świadczeń w poszczególnych latach i zakresach	Udział porad udzielonych w grupach wiekowych		Udział porad udzielonych osobom od 65 roku życia
		65-79	80 i więcej		65-79	80 i więcej	
2009	lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	133 899	28 893	466 783	28,69%	6,19%	34,88%
2010	lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	136 633	32 087	489 499	27,91%	6,56%	34,47%
2011	lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	150 401	39 155	531 316	28,31%	7,37%	35,68%

Zródło: MOW NFZ

W Tabeli 18 przedstawiono świadczenia w zakresie opieki rehabilitacyjnej. Udział pacjentów powyżej 65 roku życia, korzystających z tego rodzaju świadczeń wynosił ponad 34% w roku 2009 i w roku 2010, natomiast w roku 2011- 35,68%. Pacjenci w przedziale między 65 a 79 rokiem życia stanowili od 27,91% do 28,69%, udział w grupie 80 lat i więcej wynosił od 6,19% do 7,37%. Zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne wzrasta, pozwalają one dłużej prowadzić seniorom życie w aktywności i samodzielności.

3. Ambulatoryjna psychiatryczna opieka zdrowotna.

Tabela 19. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w latach 2009-2011 na terenie województwa mazowieckiego.

Zaburzenia	2009			2010			2011		
	Leczeni ogółem	w tym w wieku 65 lat i więcej	udział %	Leczeni ogółem	w tym w wieku 65 lat i więcej	udział %	Leczeni ogółem	w tym w wieku 65 lat i więcej	udział %
Ogółem	188 135	27 312	15%	205 450	30 234	15%	199 126	29 391	15%
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	7 774	234	3%	8 893	378	4%	9 035	308	3%
Zaburzenia psychiczne (bez uzależnień)	155 799	26 071	17%	162 837	28 752	18%	167 660	28 250	17%
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	24 562	1 007	4%	33 720	1 104	3%	22 431	833	4%

Źródło: roczne sprawozdania MZ-15 za lata 2009-2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Dane przedstawione w Tabeli 19 wskazują, że w poradniach zdrowia psychicznego, pacjenci w wieku 65 lat i więcej w latach 2009 – 2011 stanowili 15% pacjentów z liczby ogółem.

Liczba pacjentów powyżej 65 roku życia korzystających z porad wynosiła od 27 312 osób w roku 2009 do 29 391 w roku 2011.

Najczęściej diagnozowane i leczone schorzenie wśród osób starszych to zaburzenia psychiczne bez uzależnień, od 17% do 18% wszystkich leczonych z zaburzeniami psychicznymi.

Tabela 20. Procentowy udział świadczeń ambulatoryjnych oraz bezwzględna liczba świadczeń ambulatoryjnych udzielonych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg zakresów świadczeń w latach 2009 – 2011.

Rok	Nazwa zakresu	Liczba porad udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba udzielonych porad w poszczególnych latach i zakresach	Udział porad udzielonych w grupach wiekowych		Udział porad udzielonych osobom od 65 roku życia
		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej	
2009	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	79 662	22 033	550 239	14,48%	4,00%	18,48%
	leczenie nerwic	837	127	15 525	5,39%	0,82%	6,21%
	leczenie uzależnień	1 745	54	70 380	2,48%	0,08%	2,56%
	świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	6 191	96	217 180	2,85%	0,04%	2,89%
	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	299	25	19 051	1,57%	0,13%	1,70%
	świadczenia psychologiczne	956	111	21 515	4,44%	0,52%	4,96%
2010	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	78 815	22 972	561 003	14,05%	4,09%	18,14%
	leczenie nerwic	465	58	12 374	3,76%	0,47%	4,23%
	leczenie uzależnień	1 892	38	75 629	2,50%	0,05%	2,55%
	świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	4 944	140	233 023	2,12%	0,06%	2,18%
	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	310	31	19 649	1,58%	0,16%	1,74%
	świadczenia psychologiczne	407	42	18 574	2,19%	0,23%	2,42%
2011	świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	75 502	23 908	526 590	14,34%	4,54%	18,88%
	leczenie nerwic	451	52	12 908	3,49%	0,40%	3,90%
	leczenie uzależnień	2 222	69	87 803	2,53%	0,08%	2,61%
	świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu	6 686	144	240 261	2,78%	0,06%	2,84%
	świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	290	16	20 992	1,38%	0,08%	1,46%
	świadczenia psychologiczne	379	52	18 590	2,04%	0,28%	2,32%

Źródło: MOW NFZ

Udział świadczeń ambulatoryjnych udzielonych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia według zakresów świadczeń w latach 2009 – 2011 zawierał się w przedziale od ponad 1,4% do 18,9% ogółu porad tego zakresu. Największa grupa pacjentów powyżej 65 lat w stosunku do ogółu pacjentów, którym były udzielane takie świadczenia, korzystała ze świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych - ponad 18%. Na niezmiennym poziomie pozostał udział świadczeń terapii uzależnień od alkoholu – ponad 2,8%. Największa liczba pacjentów powyżej 65 roku życia korzystała ze świadczeń

psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, w roku 2009 – 101 695, w roku 2011 99 410 pacjentów. Jak wynika z informacji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii, zaburzenia psychiczne występują u od 5% do 50% populacji powyżej 65 roku życia, do najczęstszych należą: depresje – 50% populacji, zaburzenia funkcji poznawczych – 10- 60%, okresowe zaburzenia świadomości – 20-30%, rzadziej zaburzenia somatyczne – 1,5-5%, okresowe lub stałe nadużywanie alkoholu – 5-20%.

4. Stacjonarna opieka zdrowotna.

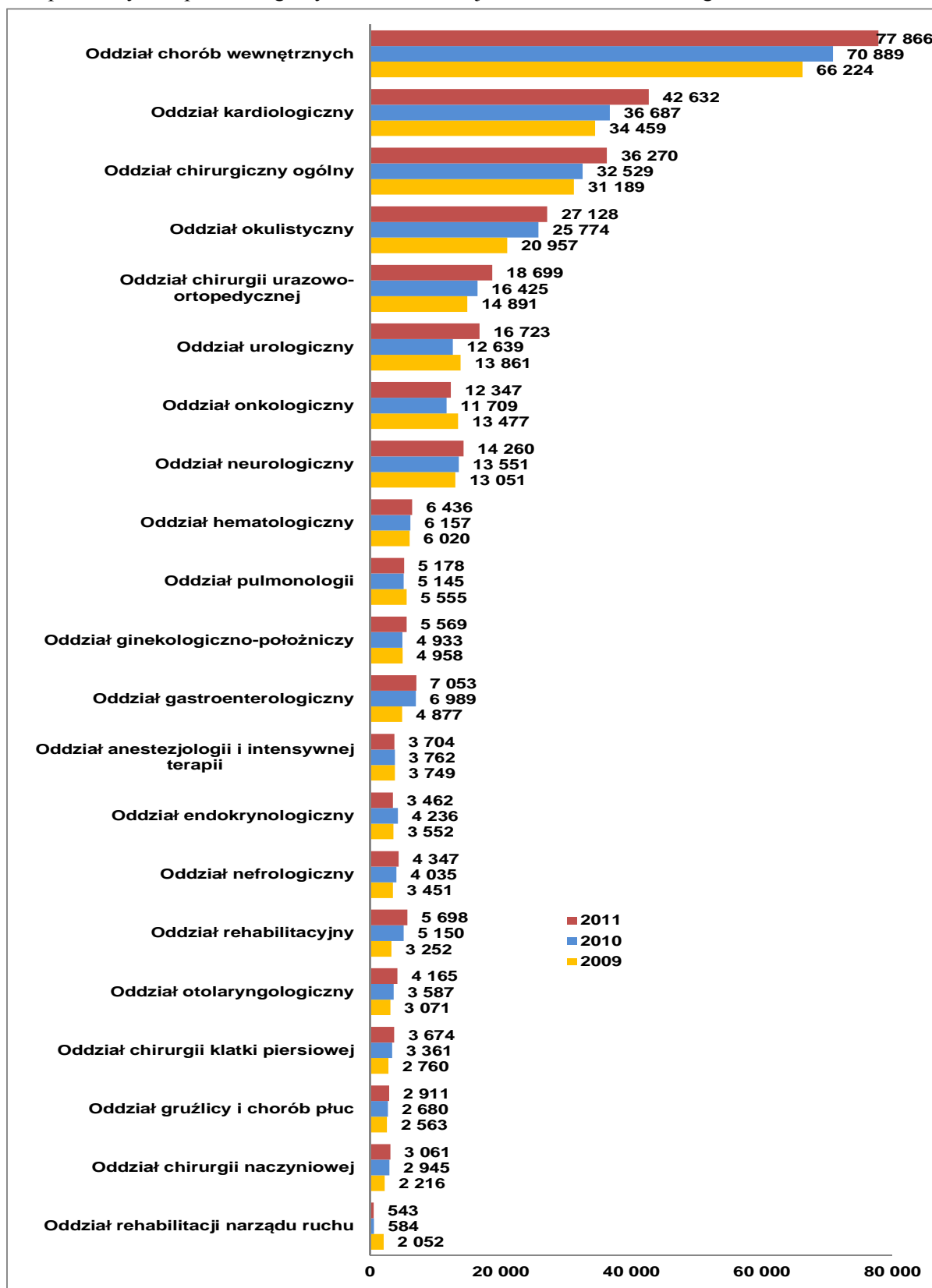
W poniższej Tabeli 21 i na Wykresie 10 przedstawiono liczbę hospitalizowanych pacjentów powyżej 65 roku życia na poszczególnych oddziałach szpitali ogólnych na terenie województwa mazowieckiego. W roku 2009 hospitalizowanych było 275 506 natomiast w roku 2011 - 334 628 pacjentów w wieku 65 lat i więcej, co wskazuje na wzrost liczby pacjentów w powyższej grupie wiekowej. Największa liczba pacjentów z badanej populacji przebywała na oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologicznym, chirurgicznym ogólnym, okulistycznym, chirurgii urazowo – ortopedycznej. W każdym z analizowanych oddziałów nastąpił wzrost liczby pacjentów powyżej 65 roku życia w roku 2011 w stosunku do roku 2009 . W roku 2011 liczba hospitalizacji seniorów na oddziałach wewnętrznych wynosiła 77 866 .

Tabela 21. Liczba pacjentów powyżej 65 lat wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie województwa mazowieckiego

Kod oddziału	Nazwa oddziału	Liczba hospitalizacji		
		2009	2010	2011
4000	Oddział chorób wewnętrznych	66 224	70 889	77 866
4100	Oddział kardiologiczny	34 459	36 687	42 632
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	31 189	32 529	36 270
4600	Oddział okulistyczny	20 957	25 774	27 128
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	14 891	16 425	18 699
4640	Oddział urologiczny	13 861	12 639	16 723
4220	Oddział neurologiczny	13 051	13 551	14 260
4240	Oddział onkologiczny	13 477	11 709	12 347
4050	Oddział gastroenterologiczny	4 877	6 989	7 053
4070	Oddział hematologiczny	6 020	6 157	6 436
4300	Oddział rehabilitacyjny	3 252	5 150	5 698
4450	Oddział ginekologiczno-położniczy	4 958	4 933	5 569
4272	Oddział pulmonologii	5 555	5 145	5 178
4242	Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	-	108	4 553
4130	Oddział nefrologiczny	3 451	4 035	4 347
4610	Oddział otolaryngologiczny	3 071	3 587	4 165
4260	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	3 749	3 762	3 704
4520	Oddział chirurgii klatki piersiowej	2 760	3 361	3 674
4030	Oddział endokrynologiczny	3 552	4 236	3 462
4560	Oddział kardiochirurgiczny	1 529	1 785	3 193
4530	Oddział chirurgii naczyniowej	2 216	2 945	3 061
4270	Oddział gruźlicy i chorób płuc	2 563	2 680	2 911
4540	Oddział chirurgii onkologicznej	179	438	2 766
4200	Oddział dermatologiczny	1 503	1 575	2 183
4340	Oddział chorób zakaźnych	1 645	1 771	2 077
4010	Oddział alergologiczny	1 455	1 770	1 756
4280	Oddział reumatologiczny	1 544	1 673	1 733
4452	Oddział ginekologiczny	1 302	1 308	1 688
4348	Oddział obserwacyjno-zakaźny	1 208	1 438	1 612
4306	Oddział rehabilitacji neurologicznej	1 059	1 268	1 547
4106	Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego	1 075	803	1 370
4570	Oddział neurochirurgiczny	988	988	1 194
4264	Oddział intensywnej terapii	754	838	914
4244	Oddział radioterapii	-	261	885
4550	Oddział chirurgii plastycznej	802	713	794
4020	Oddział diabetologiczny	1 433	1 651	773
4650	Oddział transplantologiczny	157	261	743
4308	Oddział rehabilitacji kardiologicznej	471	569	560
4302	Oddział rehabilitacji narządu ruchu	2 052	584	543
4180	Oddział medycyny paliatywnej	167	288	483
4630	Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej	378	348	393
4222	Oddział udarowy	-	-	383
4246	Oddział ginekologii onkologicznej	339	287	304
4620	Oddział audiologiczno-foniatryczny	-	-	259
4700	Oddział psychiatryczny (ogólny)	318	251	232
4080	Oddział immunologii klinicznej	124	191	205
4266	Dział anestezjologii	58	38	167
4140	Oddział medycyny nuklearnej	-	-	55
4552	Oddział chirurgii ręki	-	-	30
4710	Oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie	95	-	19
4262	Dział anestezjologii i intensywnej terapii	-	-	18
4342	Oddział AIDS	10	9	6
4740	Oddział/Ośrodek leczenia uzależnień	1	1	4
4744	Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu			2
4658	Oddział transplantacji szpiku	1	1	1
4150	Oddział toksykologiczny	726	269	-
Ogółem		275 506	294 668	334 628

Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna Ogólna MZ/Szp-11 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Wykres 10. Liczba (powyżej 2.000) pacjentów powyżej 65 lat wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011.



Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna Ogólna MZ/Szp-11

Tabela 22. Liczba leczonych wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie województwa mazowieckiego z największym udziałem pacjentów powyżej 65 roku życia

Kod oddziału	Nazwa oddziału	Hospitalizowani ogółem			W tym powyżej 65 lat			Udział % chorych powyżej 65 lat		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
4000	Oddział chorób wewnętrznych	132 045	138 585	140 214	66 224	70 889	77 866	50%	51%	56%
4100	Oddział kardiologiczny	69 059	74 655	77 391	34 459	36 687	42 632	50%	49%	55%
4220	Oddział neurologiczny	27 927	28 638	27 295	13 051	13 551	14 260	47%	47%	52%
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	104 332	108 736	126 780	31 189	32 529	36 270	30%	30%	29%
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	55 565	60 276	66 809	14 891	16 425	18 699	27%	27%	28%
4600	Oddział okulistyczny	25 981	28 115	31 203	20 957	25 774	27 128	81%	92%	87%
4640	Oddział urologiczny	28 496	30 971	34 640	13 861	12 639	16 723	49%	41%	48%

Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna MZ/Szp-11 oraz sprawozdanie MZ-29 za lata 2009-2011
Dane nie obejmują zakładów opieki zdrowotnej podległych MSWiA, MON, MS

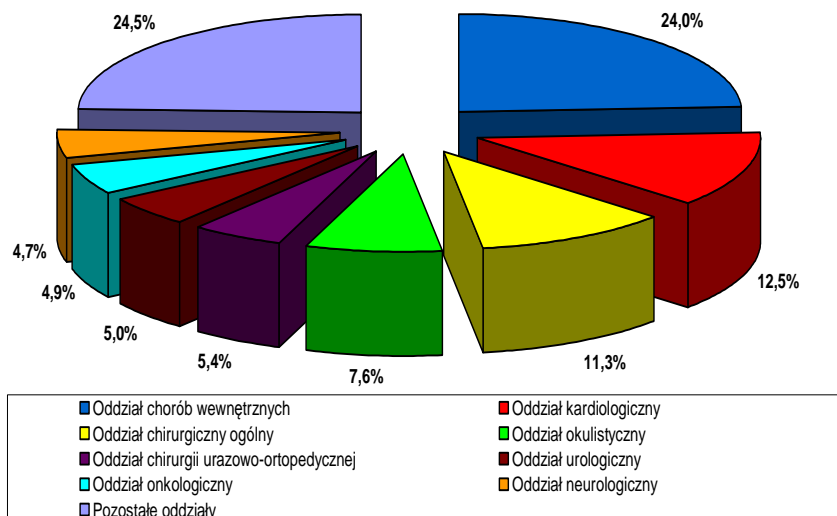
Dane w powyższej w Tabeli 22 wskazują, że największy udział pacjentów powyżej 65 roku życia w stosunku do hospitalizowanych ogółem w latach 2009-2011, odnotowuje się na oddziałach okulistycznym – od 81% do 92%, wewnętrznym – od 50% do 56%, kardiologicznym- od 49% do 55% i neurologicznym – od 47% do 52%. Wysoki udział, od 41% do 49% stanowią również pacjenci powyżej 65 lat na oddziale urologicznym. Na oddziałach: chorób wewnętrznych, kardiologicznym i neurologicznym obserwuje się w roku 2011 wzrost udziału pacjentów powyżej 65 roku życia średnio o 5% w stosunku do roku 2009.

Tabela 23. Liczba leczonych powyżej 65 roku życia wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie woj. mazowieckiego

Kod oddziału	Nazwa oddziału	Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat wg oddziałów					
		2009		2010		2011	
		Liczba leczonych	%	Liczba leczonych	%	Liczba leczonych	%
	Ogółem	275 522	100%	294 668	100%	334 628	100%
4000	Oddział chorób wewnętrznych	66 224	24,0%	70 889	24,1%	77 866	23,3%
4100	Oddział kardiologiczny	34 459	12,5%	36 687	12,5%	42 632	12,7%
4220	Oddział neurologiczny	13 051	4,7%	13 551	4,6%	14 260	4,3%
4240	Oddział onkologiczny	13 477	4,9%	11 709	4,0%	12 347	3,7%
4500	Oddział chirurgiczny ogólny	31 189	11,3%	32 529	11,0%	36 270	10,8%
4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	14 891	5,4%	16 425	5,6%	18 699	5,6%
4600	Oddział okulistyczny	20 957	7,6%	25 774	8,7%	27 128	8,1%
4640	Oddział urologiczny	13 861	5,0%	12 639	4,3%	16 723	5,0%
	Pozostałe oddziały	67 413	24,5%	74 465	25,3%	88 703	26,5%

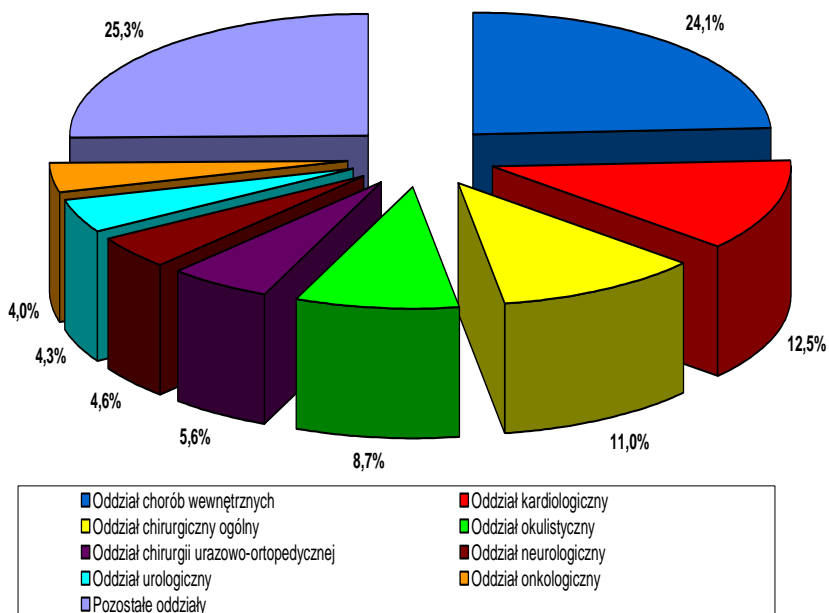
Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna MZ/Szp-11 oraz sprawozdanie MZ-29 za lata 2009-2011
Dane nie obejmują zakładów opieki zdrowotnej podległych MSWiA, MON,

Wykres 11. Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat, wg oddziałów w 2009 r. (w %)



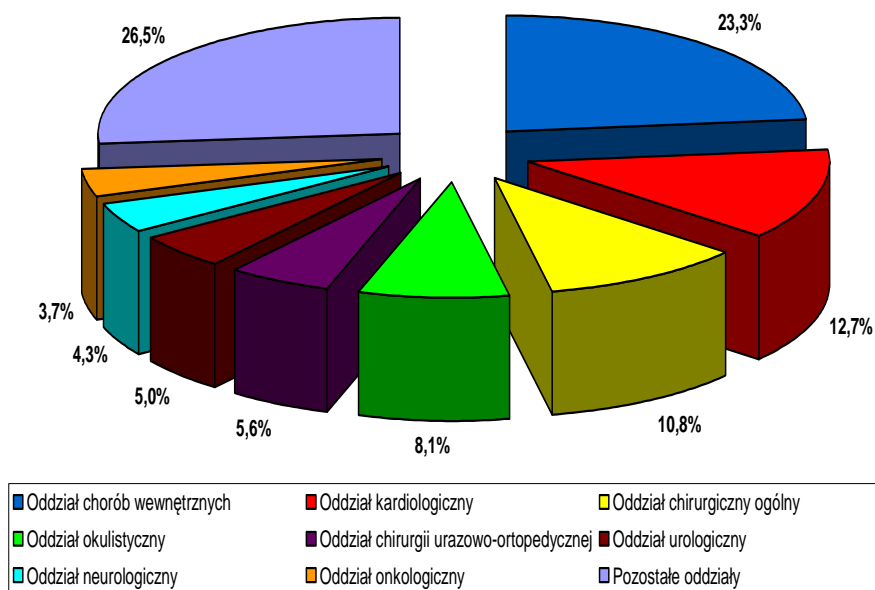
Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna Ogólna MZ/Szp-11

Wykres 12. Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat, wg oddziałów w 2010 r. (w %)



Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna Ogólna MZ/Szp-11

Wykres 13. Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat, wg oddziałów w 2011 r. (w %)



Źródło: Karta Statystyczna Szpitalna Ogólna MZ/Szp-11

Z analizy danych w Tabeli 23 i Wykresów 11, 12, 13 wynika, że najwięcej osób z ogólnej liczby pacjentów powyżej 65 lat hospitalizowanych w szpitalach ogólnych, w analizowanym okresie przebywało na oddziale chorób wewnętrznych, w roku 2009 – 24,0%, w roku 2011- 23,2%, na oddziale kardiologicznym w roku 2009 – 12,5%, w roku 2011 – 12,7%, chirurgii ogólnej w roku 2009 – 11,3%, w roku 2011- 10,8% i okulistycznym w roku 2009 – 7,6% , w roku 2011 - 8,1%. Na oddziale onkologicznym z ogólnej liczby pacjentów powyżej 65 roku życia hospitalizowanych było w roku 2009 – 4,9% i w roku 2011 – 3,7% pacjentów i na oddziale neurologicznym w roku 2009 i 2011, po 5% z ogólnej liczby pacjentów wieku powyżej 65 roku życia.

Tabela 24. Procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględna liczba hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg przyczyn hospitalizacji w latach 2009 - 2011

Przyczyny hospitalizacji wg klasyfikacji ICG 10 (nazwa i zakres rozdziału)	2009		2010		2011		2009	2010	2011	2009		2010		2011		2009	2010	2011
	Liczba hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych						Łączna liczba zrealizowanych hospitalizacji w roku			Udział hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych						Udział hospitalizacji udzielonych osobom powyżej 65 roku		
	65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej				65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej			
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze A00-B99	2 726	1 263	2 874	1 499	3 175	1 880	30 279	30 753	32 817	9,00%	4,17%	9,35%	4,87%	9,67%	5,73%	13,17%	14,22%	15,40%
Nowotwory C00-D48	33 040	8 751	33 350	9 626	35 245	10 948	112 382	114 156	119 208	29,40%	7,79%	29,21%	8,43%	29,57%	9,18%	37,19%	37,65%	38,75%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych D50-D89	2 425	1 405	2 378	1 486	2 610	1 750	16 738	15 001	15 302	14,49%	8,39%	15,85%	9,91%	17,06%	11,44%	22,88%	25,76%	28,49%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej E00-E90	7 817	3 357	8 231	3 895	8 142	3 829	39 742	43 750	44 584	19,67%	8,45%	18,81%	8,90%	18,26%	8,59%	28,12%	27,72%	26,85%
Choroby układu nerwowego G00-G99	6 022	2 547	6 338	2 747	6 861	3 072	33 621	35 929	37 599	17,91%	7,58%	17,64%	7,65%	18,25%	8,17%	25,49%	25,29%	26,42%
Choroby oka i przydatków oka H00-H59	24 689	11 380	25 758	12 505	26 223	13 980	55 308	57 698	57 521	44,64%	20,58%	44,64%	21,67%	45,59%	24,30%	65,21%	66,32%	69,89%
Choroby ucha i wyrostka sutkowego H60-H95	1 199	125	1 272	151	1 426	195	14 709	15 677	15 854	8,15%	0,85%	8,11%	0,96%	8,99%	1,23%	9,00%	9,08%	10,22%
Choroby układu krążenia I00-I99	66 125	34 937	66 777	37 752	68 168	40 724	176 600	183 386	188 662	37,44%	19,78%	36,41%	20,59%	36,13%	21,59%	57,23%	57,00%	57,72%
Choroby układu oddechowego J00-J99	13 360	7 217	12 091	6 597	12 879	7 484	74 971	74 726	83 009	17,82%	9,63%	16,18%	8,83%	15,52%	9,02%	27,45%	25,01%	24,53%
Choroby układu trawiennego K00-K93	25 130	8 801	25 102	9 249	25 581	10 436	108 831	111 900	114 898	23,09%	8,09%	22,43%	8,27%	22,26%	9,08%	31,18%	30,70%	31,35%
Choroby skóry i tkanki podskórnej L00-L99	2 725	1 265	2 839	1 411	3 035	1 595	18 054	18 372	20 841	15,09%	7,01%	15,45%	7,68%	14,56%	7,65%	22,10%	23,13%	22,22%

Przyczyny hospitalizacji wg klasyfikacji ICG 10 (nazwa i zakres rozdziału)	2009		2010		2011		2009	2010	2011	2009		2010		2011		2009	2010	2011
	Liczba hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych						Łączna liczba zrealizowanych hospitalizacji w roku			Udział hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych						Udział hospitalizacji udzielonych osobom powyżej 65 roku		
	65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej				65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej	65-79	80 i więcej			
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej M00-M99	12 512	2 306	14 530	2 858	16 012	3 577	53 807	60 826	66 534	23,25%	4,29%	23,89%	4,70%	24,07%	5,38%	27,54%	28,59%	29,44%
Choroby układu moczowo-płciowego N00-N99	19 957	6 411	20 629	7 253	22 396	7 994	113 179	115 389	120 278	17,63%	5,66%	17,88%	6,29%	18,62%	6,65%	23,30%	24,16%	25,27%
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane R00-R99	7 813	3 001	8 000	3 173	8 678	3 611	39 286	40 447	43 038	19,89%	7,64%	19,78%	7,84%	20,16%	8,39%	27,53%	27,62%	28,55%

Źródło: MOW NFZ

Powyższa Tabela 24 przedstawia procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględną liczbę hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia według przyczyn hospitalizacji w latach 2009-2011. Udział analizowanej grupy pacjentów w stosunku do ogólnej liczby hospitalizacji w tej grupie według przedstawionych przyczyn hospitalizacji zawierał się w przedziale od 10% do ponad 60%. Największy udział w ogólnej liczbie hospitalizowanych odnotowano z powodu chorób oka i przydatków oka – ponad 65%, kolejne przyczyny to choroby układu krążenia – ponad 57%, nowotwory- ponad 37%, choroby układu trawienia – ponad 30%. Udział pacjentów powyżej 65 roku życia z powodu wyżej wymienionych chorób wzrastał w latach 2009-2011 od 1% do 4%. W przedziale od 20% do 30% znalazł się udział w hospitalizacjach z powodu choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, chorób krwi i narządów krwiotwórczych, chorób układu nerwowego, oddechowego, moczowo-płciowego. Najmniejszy udział w hospitalizacjach ogółem, pacjentów powyżej 65 roku życia odnotowano w hospitalizacjach z powodu chorób ucha i wyrostka sutkowego – 10%. Poniżej przedstawiono dane dotyczące udziału osób starszych w liczbie hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne w zakresie urazy, zatrucia i inne przyczyny zachorowania i zgonu, w tym udział w wypadkach drogowych.

Tabela 25. Procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględna liczba hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg wybranych przyczyn hospitalizacji w latach 2009 - 2011

Rok	Przyczyny hospitalizacji wg klasyfikacji ICG 10 (nazwa i zakres rozdziału)	Liczba hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba udzielonych hospitalizacji w poszczególnych latach i zakresach	Udział hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych		Udział hospitalizacji udzielonych osobom od 65 roku życia
		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej	
2009	Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych S00-T98	8838	6084	70614	12,52%	8,62%	21,13%
	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu V01-Y98	18	3	144	12,50%	2,08%	14,58%
2010	Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych S00-T98	9238	6 612	72 575	12,73%	9,11%	21,84%
	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu V01-Y98	12	5	112	10,71%	4,46%	15,18%
2011	Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych S00-T98	9723	7 483	74 461	13,06%	10,05%	23,11%
	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu V01-Y98	11	7	109	10,09%	6,42%	16,51%

Zródło: MOW NFZ

Udział w hospitalizacjach ze względu na zewnętrzne przyczyny zachorowań, w tym – wypadki komunikacyjne, osób starszych wynosił w roku od 14,58% w roku 2009 do 16,51% w roku 2011.

Tabela 26. Ofiary wypadków drogowych w wieku powyżej 65 roku życia, zaistniałych na terenie garnizonu mazowieckiego

Rok	Ranni	Zabici
2009	342	83
2010	284	66
2011	315	43

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji z siedzibą w Radomiu

Najczęstszą przyczyną wypadków spowodowanych przez kierujących w wieku 65 i więcej lat jest nieudzielenie pierwszeństwa przejazdu, a wypadków spowodowanych przez pieszych - nieostrożne wejście na jezdnię przed jadącym pojazdem. Niezmiennie ważnym problemem jest słaba widoczność pieszych na pogrążonych wczesnym zmrokiem ulicach. Złe warunki atmosferyczne i ciemna odzież pieszych przekładają się wprost na pogorszenie ich bezpieczeństwa. Większość potrażeń pieszych ma miejsce po zmierzchu. Konieczne jest podnoszenie świadomości i aktywizacji osób w podeszłym wieku w zakresie dbałości o własne bezpieczeństwo w ruchu drogowym.

Tabela 27. Główne przyczyny hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych w szpitalach województwa mazowieckiego w latach 2009-2011.

Główne przyczyny hospitalizacji	Hospitalizowani ogółem			W tym powyżej 65 roku życia			Udział % chorych powyżej 65 roku życia		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Wyszczególnienie									
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze A00-B99	1 116	1 315	1 735	657	798	1 113	59%	61%	64%
Nowotwory C00-D48	7 095	7 400	8 689	4 311	4 423	5 211	61%	60%	60%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych D50-D89	4 039	4 748	5 280	2 081	2 210	2 762	52%	47%	52%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej E00-E90	11 967	13 443	14 591	5 782	6 491	6 860	48%	48%	47%
Choroby układu nerwowego G00-G99	1 942	2 047	1 877	1 069	1 140	1 061	55%	56%	57%
Choroby układu krążenia I00-I99	43 052	47 467	48 153	30 143	33 518	34 528	70%	71%	72%
Choroby układu oddechowego J00-J99	14 149	13 609	15 653	9 383	8 732	10 033	66%	64%	64%
Choroby układu trawiennego K00-K93	13 697	13 286	14 345	5 603	5 533	6 257	41%	42%	44%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej M00-M99	1 677	2 462	2 788	764	1 008	1 246	46%	41%	45%
Choroby układu moczowo-płciowego N00-N99	5 323	5 694	7 050	3 472	3 728	4 743	65%	65%	67%
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane R00-R99	5 241	5 799	6 636	2 169	2 497	2 930	41%	43%	44%
Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych S00-T98	1 797	2 110	2 199	429	470	693	24%	22%	32%
Ogółem	111 095	119 380	128 996	65 863	70 548	77 437	59%	59%	60%

Źródło: karta statystyczna szpitalna ogólna MZ/Szp-11 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Z analizy danych wynika, że pacjenci powyżej 65 roku życia stanowią od 59% do 60% pacjentów ogółem hospitalizowanych na oddziałach wewnętrznych. Największą liczbę hospitalizowanych pacjentów powyżej 65 roku życia w kolejnych latach badanego okresu stanowili pacjenci z chorobami układu krążenia – od 30 143 do 34 528, chorobami układu oddechowego – od 8 732 do 10 033, z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej oraz chorobami układu trawiennego od 5 533 do 6 257, chorobami nowotworowymi od 4311 do 5 211.

Największy udział pacjentów powyżej 65 roku w stosunku do pacjentów ogółem hospitalizowanych w danych zakresach na oddziałach chorób wewnętrznych, stanowili pacjenci z chorobami krążenia – od 70% do 72%, układu moczowo – płciowego od 65% do 67% i układu oddechowego – od 64% do 66% , z chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi od 59% do 64% i nowotworami – od 60% do 61%.

W ocenie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych, wobec starzenia się populacji i braku na Mazowszu świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, potrzeby internistyczne diagnostyczno – terapeutyczne będą rosły. Wzrasta liczba chorych powyżej 65 roku życia, kierowanych na oddziały wewnętrzne w celu leczenia ostrych powikłań lub w terminalnych stanach. Po wyleczeniu ostrego stanu wobec braku miejsc w hospicjach i w zakładach opiekuńczych i niemożności leczenia w domu (często brak opieki ze strony rodziny) pozostają oni na oddziałach wewnętrznych. Chorzy ci powinni przebywać w hospicjach lub zakładach opiekuńczych, gdzie mogą uzyskać optymalną opiekę i terapię, składającą się z kompleksowej opieki psychologa, pracownika socjalnego, specjalisty od leczenia bólu i rehabilitanta. Umożliwienie kierowania chorych geriatrycznych do tego typu placówek, zapewniłoby im optymalną opieką, obniżyło koszty długiego leczenia szpitalnego i uwolniłoby łóżka internistyczne, tak potrzebne dla leczenia ostrych stanów. Często również ze względu na brak opieki socjalnej, pacjenci wracają do oddziałów zajmując ponownie łóżka.

5. Stacjonarna opieka psychiatryczna

Tabela 28. Działalność oddziałów psychogeriatrycznych w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009- 2011

ROK	Liczba oddziałów	Łóżka rzeczywiste stacjonarne /stan w dniu 31.12./	Leczeni /z ruchem międzyoddziałowym/	Osobodni leczenia	Wykorzystanie łóżka w dniach /obłożenie/	Wykorzystanie łóżka w [%]	Średni pobyt pacjenta
2009	4	155	1463	53867	347,5	95,2	36,8
2010	4	155	1453	54453	351,3	96,2	37,5
2011	4	155	1370	54726	353,1	96,7	39,9

Źródło: roczne sprawozdanie MZ-30 za lata 2009, 2010, 2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Na czterech oddziałach psychogeriatrycznych leczyło się od 1 463 w roku 2009 do 1 370 pacjentów w roku 2011. Średni pobyt pacjenta na oddziale w 2011 roku wyniósł 40 dni. Zwraca uwagę wysoki, ponad 95% wskaźnik wykorzystania łóżek. Wskazuje to na niedostateczną bazę łóżkową w tej dziedzinie opieki zdrowotnej.

Tabela 29. Procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględna liczba hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: opieka psychiatryczna osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia w latach 2009-2011

Rok	Rodzaj świadczeń	Nazwa rozdziału i zakres	Łączna liczba hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba zrealizowanych hospitalizacji w poszczególnych latach	Udział hospitalizacji udzielonych w grupach wiekowych		Udział hospitalizacji udzielonych osobom od 65 roku życia
			Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej	
2009	Opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania F00-F99	4 022	1 669	43 047	9,34%	3,88%	13,22%
2010			3 752	1 715	42 554	8,82%	4,03%	12,85%
2011			3 745	1 880	42 306	8,85%	4,44%	13,30%

Zródło: MOW NFZ

Procentowy udział hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna w zakresie zaburzenia psychiatryczne i zaburzenia zachowania, osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia w stosunku do hospitalizacji ogółem kształtował się na poziomie od 13,22% w roku 2009 do 13,30% w roku 2011 (ze spadkiem do 12,85% w roku 2010). Liczba korzystających ze świadczeń powyżej 65 roku życia wynosiła 5 691 osób w roku 2009 i 5 625 osób w roku 2011.

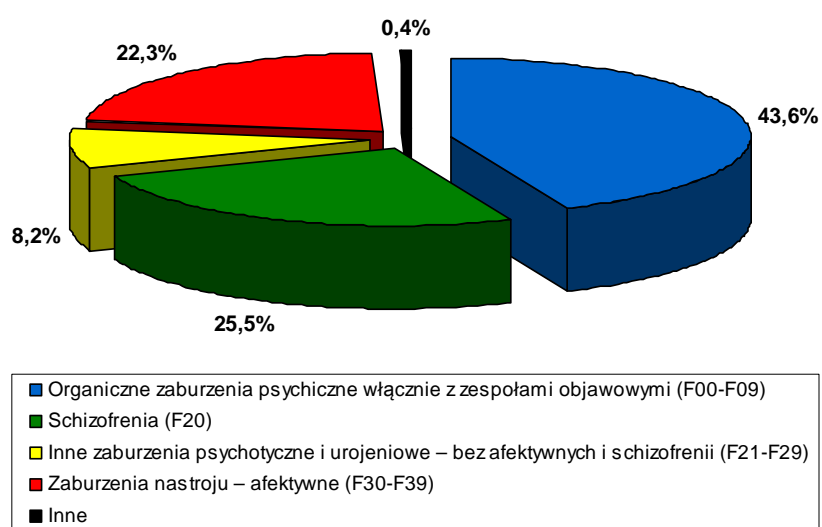
Tabela 30. Objęci opieką oddziału/zespołu leczenia środowiskowego/domowego na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Wyszczególnienie	2009			2010			2011		
	Pacjenci ogółem	w tym powyżej 65 lat	udział %	Pacjenci ogółem	w tym powyżej 65 lat	udział %	Pacjenci ogółem	w tym powyżej 65 lat	udział %
Ogółem z zaburzeniami psychicznymi	1584	475	30%	1504	423	28%	1753	597	34%
Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	325	207	64%	321	176	55%	385	272	71%
Schizofrenia	778	121	16%	772	123	16%	958	184	19%
Inne zaburzenia psychotyczne i urojeniowe – bez afektywnych i schizofrenii	162	39	24%	129	34	26%	121	35	29%
Zaburzenia nastroju – afektywne	308	106	34%	274	87	32%	286	105	37%
Inne	11	2	18%	5	3	60%	2	0	0%

Zródło: roczne sprawozdanie MZ-19 za lata 2009, 2010, 2011 (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

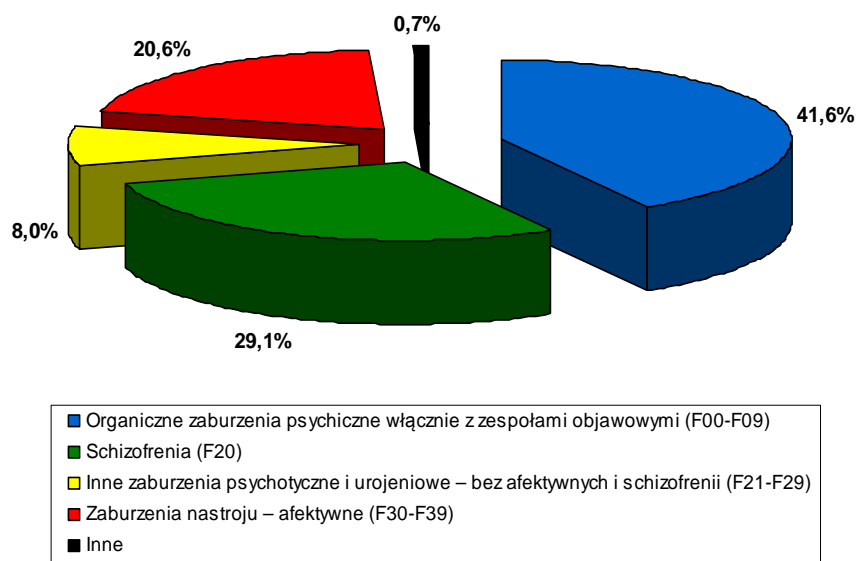
Z danych przedstawionych w Tabeli 30, wynika, że nastąpił wzrost liczby pacjentów powyżej 65 roku życia z zaburzeniami psychicznymi z 457 w roku 2009 do 597 w roku 2011. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi objęci opieką oddziału/zespołu leczenia środowiskowego/domowego w latach 2009-2011, w wieku powyżej 65 roku życia stanowili od 28% do 34% populacji ogółem. Najwięcej, od 55% do 71% ogółu leczonych w tym zakresie stanowili chorzy z organicznymi zaburzeniami psychicznymi włącznie z zespołami objawowymi.

Wykres 14. Struktura leczonych w wieku powyżej 65 lat wg przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w 2009 r.



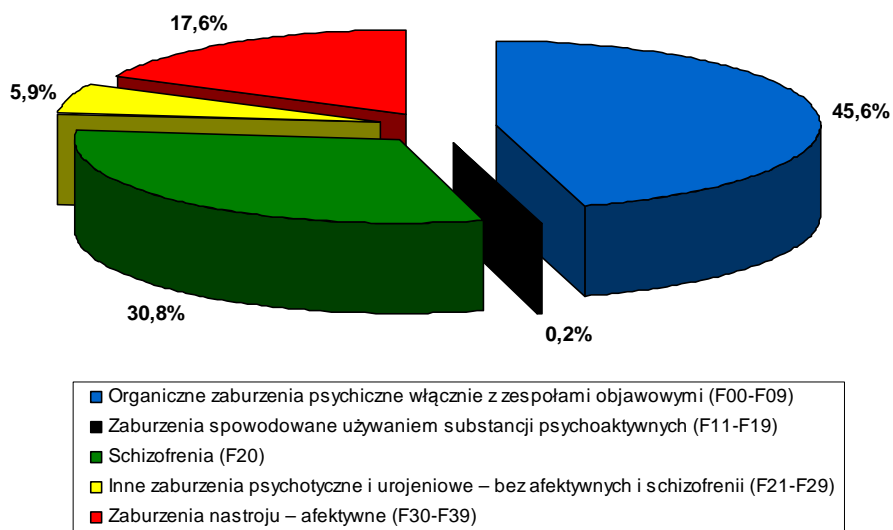
Źródło: roczne sprawozdanie MZ-19 za 2011 rok (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Wykres 15. Struktura leczonych w wieku powyżej 65 lat wg przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w 2010 r.



Źródło: roczne sprawozdanie MZ-19 za 2010 rok (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Wykres 16. Struktura leczonych w wieku powyżej 65 lat wg przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w 2011 r.



Źródło: roczne sprawozdanie MZ-19 za 2011 rok (bez jednostek podległych MON, MSWiA i MS)

Z analiza struktury leczonych w wieku powyżej 65 lat według przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w latach 2009-2011, wynika, że największy odsetek, ponad 40% stanowili pacjenci z organicznymi zaburzeniami psychicznymi włącznie

z zespołami objawowymi. Na drugim miejscu są pacjenci z rozpoznaniem schizofrenia – ponad 30%. Dane te ilustrują Wykresy 14, 15 i 16.

6. Stacjonarna opieka długoterminowa

Pobyt w zakładach opiekuńczych jest najczęściej związany z brakiem możliwości zapewnienia opieki pacjentowi w środowisku rodzinnym, w tym sprawowania opieki nad osobami samotnymi, opuszczonymi lub społecznie zmarginalizowanymi przez wiek lub chorobę. W latach 2009-2011 odnotowuje się systematyczny wzrost zapotrzebowania na zabezpieczenie potrzeb osób starszych w zakresie dostępu do świadczeń w zakładach opiekuńczych.

Tabela 31. Procentowy udział świadczeń /pobytów/ oraz bezwzględna liczba świadczeń /pobytów/ udzielonych w zakresie opieki długoterminowej osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg rodzaju opieki w latach 2009–2011

Rok	Rodzaj opieki	Liczba świadczeń udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba udzielonych świadczeń w poszczególnych latach i zakresach	Udział świadczeń udzielonych w grupach wiekowych		Udział świadczeń udzielonych osobom od 65 roku życia
		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej	
2009	Zakład Opiekuńczo - Lecznicy	2101	3144	6643	31,63%	47,33%	78,96%
	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	567	1248	2070	27,39%	60,29%	87,68%
	Ogółem	2668	4392	8713	30,62%	50,41%	81,03%
2010	Zakład Opiekuńczo- Lecznicy	2218	3491	7352	30,17%	47,48%	77,65%
	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	573	1264	2089	27,43%	60,51%	87,94%
	Ogółem	2791	4755	9441	29,56%	50,37%	79,93%
2011	Zakład Opiekuńczo- Lecznicy	2088	3571	7338	28,45%	48,66%	77,12%
	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	548	1382	2125	25,79%	65,04%	90,82%
	Ogółem	2636	4953	9463	27,86%	52,34%	80,20%

Zródło: MOW NFZ

Analiza danych Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawionych w Tabeli 31, wskazuje na ponad 80% udział pacjentów powyżej 65 roku życia korzystających ze świadczeń udzielonych w zakresie opieki długoterminowej w badanym okresie. Rosnący udział odnotowuje się w świadczeniach zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych – wzrost z 87,68% w roku 2009 do 90,82% w roku 2011. Wzrosła również liczba pacjentów powyżej 65 lat korzystających ze świadczeń w zakładach opiekuńczych z 7 060 w roku 2009 do 7 589 w roku 2011.

Tabela 32. Procentowy udział świadczeń /pobytów/ oraz bezwzględna liczba świadczeń /pobytów/ udzielonych w zakresie opieki hospicyjnej osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg rodzaju opieki w latach 2009–2011

Rok	Rodzaj opieki	Liczba świadczeń udzielonych w grupach wiekowych		Łączna liczba świadczeń w poszczególnych latach i zakresach	Udział świadczeń udzielonych w grupach wiekowych		Udział świadczeń udzielonych osobom od 65 roku życia
		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej		Grupa 65-79	Grupa 80 i więcej	
2009	Opieka hospicyjna	1505	1055	3782	39,79%	27,90%	67,69%
2010		1477	1045	3734	39,56%	27,99%	67,54%
2011		1345	1090	3590	37,47%	30,36%	67,83%

Zródło: MOW NFZ

Udział pacjentów powyżej 65 roku życia w liczbie pacjentów ogółem korzystających ze świadczeń opieki hospicyjnej w roku 2009 wynosił 67,69% , w roku 67,83%.

Wzrosła liczb pacjentów powyżej 65 roku życia korzystających ze świadczeń opieki hospicyjnej z 1 055 osób w roku 2009 do 1 090 w roku 2011.

Tabela 33. Pacjenci oczekujący w oddziałach szpitalnych na przeniesienie do ośrodka opieki długoterminowej w województwie mazowieckim (stan na 15.02.2012 r.)

Wyszczególnienie	Nazwa oddziału														OGÓLEM	
	Intensywnej Terapii	Chorób wewnętrznych	Urazowo-ortopedyczny	Zakaźny	Chirurgii ogólnej	Neurologii i udarowy	Psychiatryczny	Psychiatryczno-geriatryczny	Chorób płuc i gruźlicy	Hospicjum	Chirurgii żywienia	Kardiologii	Rehabilitacji	Nefrologii		Paliatywny
Liczba oczekujących, wg oddziałów, na terenie województwa	13	36	14	3	9	58	7	3	2	3	1	4	2	1	1	157
Średni czas oczekiwania pacjenta w poszczególnych oddziałach (w dniach)	52	44	34	39	51	52	59	35	45	14	bd.	36	28	13	7	46

Zródło: Badanie własne Wydziału Zdrowia

Z analizy danych zebranych przez Wydział Zdrowia wynika, że średni czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opieki długoterminowej, według stanu na dzień 15.02.2012 r., wynosił 46 dni. Na przeniesienie z oddziału szpitalnego oczekiwało ogółem 157 pacjentów. Największą liczbę stanowili pacjenci oddziału neurologii i udarowego – 58, z 52 dniowym

okresem oczekiwania. Najdłużej oczekiwali pacjenci oddziału psychiatrycznego – 59 dni. Informacje o liczbie podopiecznych zakładów opiekuńczych w połączeniu z informacją o czasie oczekiwania wskazują, że wzrasta zapotrzebowanie na opiekę długoterminową.

Tabela 34. Czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka opieki długoterminowej w województwie mazowieckim (stan na 31.01.2013 r.)

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Średni czas oczekiwania w dniach
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	przypadek pilny	9,61
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	przypadek stabilny	96,58
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	przypadek pilny	15,00
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	przypadek stabilny	88,38
Pielęgniarska opieka długoterminowa	przypadek pilny	2,03
Pielęgniarska opieka długoterminowa	przypadek stabilny	12,09
Hospicja stacjonarne	przypadek pilny	1,82
Hospicja stacjonarne	przypadek stabilny	5,82

Zródło: MOW NFZ

Czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka opieki długoterminowej jest zróżnicowany w zależności od rodzaju ośrodka i przypadku według kategorii medycznej – stabilnego lub pilnego. Według stanu na dzień 31.01.2013, najdłużej pacjenci czekają na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, w przypadku pilnym średnio od 9,61 do 15 dni, w przypadku stabilnym od 88,38 do 96,58. Najkrótszy czas oczekiwania dotyczy przyjęć do hospicjów – od 1,58 do 5,82 dni.

IV. Pomoc społeczna i świadczenia emerytalno-rentowe

Świadczenia pieniężne – emerytalno-rentowe

Emerytury, z definicji służą zabezpieczeniu bytu na starość osobom, które ze względu na wiek nie posiadają już zdolności do pracy zarobkowej (jako pracownicy, przedsiębiorcy, rolnicy i in.) albo utraciły ją w znaczącym stopniu oraz nie dysponują innymi źródłami dochodu, które byłyby gwarancją możliwości utrzymania się. Niestety wysokość emerytur niektórych osób starszych nie zapewnia im nawet podstawowych potrzeb. Dane statystyczne obrazują coraz większy udział osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do ogółu ludności.

Tabela 35. Udziały poszczególnych grup ekonomicznych w całej populacji

Populacja:	2007	2010	2020	2030	2040	2050	2060
-w wieku przedprodukcyjnym (0-17 lat)	19,60%	18,70%	18,40%	17,00%	14,80%	14,70%	14,40%
-w wieku produkcyjnym (18-59/64)	64,40%	64,50%	59,50%	57,80%	56,20%	50,60%	48,30%
-w wieku poprodukcyjnym (60+/65+)	16,00%	16,80%	22,10%	25,20%	29,00%	34,60%	37,30%

Zródło: ZUS „Prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do 2060 r.”

Zgodnie z prognozami Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych zamieszczonymi w raporcie „Prognoza wpływów i wydatków funduszu emerytalnego do 2060 r.”¹ szacuje się stopniowy wzrost odsetka emerytów, których świadczenie wypłacane jest z funduszu emerytalnego. Szczegółowe wartości obrazuje Tabela 35.

Tabela 36. Prognozowany udział procentowy osób w wieku poprodukcyjnym (60+ i 65+) w stosunku do ogółu mieszkańców na terenie Polski i Mazowsza w latach 2015-2035

Jednostka terytorialna	2015	2020	2025	2030	2035
Polska 60+/65+	19,41	22,12	24,03	25,24	26,73
Mazowsze 60+/65+	19,86	22,08	23,43	24,24	25,65

Źródło: GUS²

Jak wynika z analizy danych w powyższej Tabeli 36, prognozowany udział osób w wieku poprodukcyjnym (60+ i 65+) w stosunku do ogółu ludności zarówno na terenie kraju, jak i województwa mazowieckiego w latach 2015-2035 systematycznie rośnie.

Jednocześnie warto zaznaczyć, że wysokość najniższej emerytury od 1 marca 2011 r. wynosiła 728,18 zł, a w roku 2012 w wyniku corocznej waloryzacji wzrosła do 799,18 zł.

Tabela 37. Liczba rodzin emerytów i rencistów objętych pomocą społeczną w województwie mazowieckim w latach 2009-2011

Rok	Liczba rodzin	Liczba osób w rodzinach	Przeciętna liczba osób w rodzinie
2009	42 014	77 768	1,85
2010	39 963	74 357	1,86
2011	36 775	65 308	1,78

Źródło: MPiPS³

Liczba rodzin emerytów i rencistów z terenu województwa mazowieckiego, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej, a tym samym i liczba osób w tych rodzinach na przestrzeni lat 2009-2011 systematycznie maleje - Tabela 37.

Świadczenia z pomocy społecznej

Zgodnie z zapisami w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.), pomoc społeczna może być udzielona zarówno w formie świadczeń pieniężnych i niepieniężnych. Dla osób w podeszłym wieku, do szczególnie istotnych form możliwej do uzyskania pomocy należy zaliczyć:

1. zasiłek stały

¹ http://www.zus.pl/bip/prognozy_fus/prognoza_do_2060_MGIPS.pdf

² Na podstawie danych zawartych w prognozie ludności GUS na lata 2008-2035.

³ Na podstawie danych zawartych w sprawozdaniach MPiPS-03 za lata 2008-2011.

2. zasiłek celowy
3. pomoc rzeczową
4. zasiłek pielęgnacyjny
5. usługi opiekuńcze w domu
6. pomoc żywnościową, dostarczenie gorącego posiłku
7. dzienne domy pomocy społecznej
8. domy pomocy społecznej
9. pracę socjalną, poradnictwo

Ponadto uzupełnieniem oferty istotnej z punktu widzenia osób starszych są dodatki mieszkaniowe wypłacane na podstawie ustawy z dnia 21.06.2001r o dodatkach mieszkaniowych (Dz. U. Nr 71 poz.734 z 2001 r. z późn. zm .).

Ważną rolę w systemie zabezpieczenia społecznego pełnią świadczenia opiekuńcze, przyznawane na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych. Są to zasiłki pielęgnacyjne i specjalne zasiłki opiekuńcze.

Zasiłki pielęgnacyjne wypłacane w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z jej niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się m.in. osobom, które ukończyły 75 lat, a także osobom niepełnosprawnym w wieku powyżej 16 roku życia, jeśli legitymują się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (zatem mogą to być także seniorzy). Zasiłek pielęgnacyjny w całości finansowany jest z budżetu państwa. W roku 2011 wypłacono 325 982 (średnio 27 165 miesięcznie) zasiłków pielęgnacyjnych osobom w wieku powyżej 75 lat na łączną kwotę 49 875 246 złotych. Natomiast specjalny zasiłek opiekuńczy wprowadzony ustawą o świadczeniach rodzinnych od 1 stycznia 2013 r., przysługujący osobom, na których zgodnie z przepisami kodeksu rodzinnego i opiekuńczego ciąży obowiązek alimentacyjny, jeżeli rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Specjalny zasiłek opiekuńczy uzależniony jest od kryterium dochodowego, tj. 539 złotych na osobę w rodzinie lub 623 złotych jeśli w rodzinie jest dziecko niepełnosprawne. Zasiłek przysługuje w kwocie 520 złotych, która w całości jest finansowana z budżetu państwa.

Usługi opiekuńcze – zadanie własne gminy

Zgodnie z treścią art. 68 ustawy o pomocy społecznej *„usługi opiekuńcze powinny zapewniać pomoc w czynnościach życia codziennego, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu,*

myciu i kąpieniu, organizację czasu wolnego, pomoc w zakupie odzieży i obuwia oraz pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych”.

Poniższa Tabela 38 obrazuje zmiany w usługach opiekuńczych finansowanych ze środków własnych gminy realizowanych na terenie województwa mazowieckiego na przestrzeni lat 2009-2011.

Tabela 38. Usługi opiekuńcze finansowane ze środków własnych gminy w województwie mazowieckim

Rok	Liczba osób, którym przyznano decyzją świadczenia	zmiana roczna (%)	Liczba świadczeń (zł)	Kwota świadczeń (zł)	Średni koszt świadczenia (zł)	Liczba rodzin	Liczba osób w rodzinach	Gminy realizujące (liczba - %)	Gminy nie realizujące (liczba - %)
2009	13 833	-3,50	4 944 178	54 983 288	11,12	13 627	17 002	239 – 76,00%	75 – 24,00%
2010	13 307	-3,80	4 588 784	55 027 735	11,99	13 109	16 186	237 – 75,00%	77 – 24,50%
2011	12 696	-4,60	4 299 399	52 122 053	12,12	12 525	15 198	237 – 75,50%	77 – 24,50%

Źródło: MPiPS.

Na terenie województwa mazowieckiego ponad 75% ogółu gmin finansuje usługi opiekuńcze. Jak wynika z analizy danych w powyższej Tabeli 4, liczba osób, którym przyznano decyzją świadczenia w postaci usług opiekuńczych, finansowanych ze środków własnych gmin na przestrzeni lat 2009-2011 stopniowo maleje. Rośnie natomiast średnia cena świadczenia.

Ośrodki wsparcia dla seniorów

Zgodnie z art. 51 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej „osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub positek, świadczone w ośrodku wsparcia”. Są to jednostki pomocy społecznej, do których należą m.in. dzienne domy pomocy.

Dzienne domy pomocy to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, które mogą być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, ale również przez inne podmioty, takie jak organizacje pozarządowe, kościoły lub związki wyznaniowe. Zadania stojące przed tego typu placówkami są ustalane przez gminę na podstawie stwierdzonych lokalnych potrzeb i w pierwszej kolejności są zorientowane na zapewnienie podstawowych potrzeb (posiłku), a w dalszej kolejności potrzeb wyższych. Do przykładowych działań realizowanych przez dzienne domy pomocy należy:

- prowadzenie zajęć usprawniających ruchowo;

- prowadzenie zajęć relaksacyjnych, kulturalnych i edukacyjnych;
- udzielanie porad psychologicznych
- umożliwienie zachowania higieny;
- prowadzenie grup wsparcia dla seniorów i ich rodzin;
- pomoc w rozwiązywaniu trudnych sytuacji życiowych;
- udzielania wsparcia w zachowaniu więzi rodzinnych.

Domy pomocy społecznej

Zgodnie z art. 54 ustawy o pomocy społecznej *„osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej”*.

Zgodnie z zapisami w ustawie domy pomocy społecznej mogą świadczyć usługi:

- bytowe: miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości
- opiekuńcze: udzielenie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacja, załatwianie spraw osobistych
- wspomagające, polegające na: umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej, podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, umożliwieniu zaspokajania potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnieniu warunków do samorządności mieszkańców, nawiązywaniu i stymulowaniu kontaktów z rodzinami i społecznością lokalną, zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domów oraz dostępności do informacji o tych prawach, sprawnym wnoszeniu oraz załatwianiu skarg i wniosków.

Rola pomocy społecznej w zapewnieniu bezpieczeństwa socjalnego seniorom

Analizując zadania stojące przed pomocą społeczną oraz obserwowane w ostatnich latach potrzeby osób starszych należy stwierdzić, że proces zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego seniorom obejmuje następujące działania:

1. dostarczanie lub uzupełnianie dochodu poprzez:
 - zasiłki (stałe, celowe)
 - pomoc rzeczową w postaci artykułów spożywczych, sprzętu domowego, ubrania itp.
2. zapewnienie usług wspierających, takich jak:
 - usługi domowe

- zapewnienie gorącego posiłku
 - umożliwienie rozwoju osobistego i kontaktu z ludźmi w dziennych formach pobytu
 - umożliwienie korzystania z pomocy stacjonarnej.
3. pomoc w utrzymaniu mieszkania lub dostarczeniu w razie potrzeby innego miejsca zamieszkania poprzez:
 - zasiłki celowe na opłaty związane z utrzymaniem mieszkania
 - zapewnienie mieszkania komunalnego lub socjalnego.
 4. poradnictwo specjalistyczne np.: socjalne, psychologiczne, prawne, rodzinne.
 5. pomoc w korzystaniu z pełni uprawnień obywatelskich oraz przeciwdziałanie dyskryminacji i wykluczeniu społecznemu.
 6. interwencję kryzysową, w tym mediacje międzypokoleniowe:
 - w przypadku przemocy domowej i w innych sytuacjach kryzysowych zagrażających bezpieczeństwu
 - w przypadku utraty możliwości samodzielnego samostanowienia o sobie.
 7. pracę socjalną, w tym rolę pracownika socjalnego obejmującą:
 - działania edukacyjne wobec seniorów
 - informowanie o uprawnieniach i zagrożeniach
 - rzecznictwo na rzecz osób starszych
 - umożliwienie korzystania z dostępnej oferty usług i uprawnień
 - aktywizacja seniorów - zachęcanie do utrzymywania kontaktów społecznych, korzystania z dziennych domów pomocy, klubów seniorów, uniwersytetu trzeciego wieku, uczestniczenie w grupach wsparcia
 - działania edukacyjne wobec środowiska lokalnego i rodziny
 - wspieranie rozwoju wolontariatu na rzecz osób starszych.

V. Narodowy Program Zdrowia

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 uwzględnia w swoich celach operacyjnych działania na rzecz poprawy zdrowia poprzez zwiększenie uczestnictwa w systematycznej aktywności fizycznej społeczeństwa.

Cel operacyjny 9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

- Działania z zakresu aktywizacji fizycznej osób powyżej 64 lat (zajęcia gimnastyczne, działania w ramach rehabilitacji ruchowej itp.)
- Działania na rzecz aktywizacji społeczno-kulturalnej osób starszych (uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora itp.)

Poniższe tabele zostały opracowane na podstawie danych uzyskanych z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia w gminach i powiatach województwa mazowieckiego. Do realizacji Narodowego Programu Zdrowia zobligowane są wszystkie samorządy: 42 powiaty i 314 gmin.

Dane wskazują, że zadania z zakresu aktywizacji osób starszych (fizycznej i społeczno-kulturalnej) realizowane są przez samorządy w stopniu marginalnym.

Tabela 39A. Realizacja NPZ przez gminy województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Działania z zakresu aktywizacji fizycznej osób powyżej 64 lat (zajęcia gimnastyczne, działania w ramach rehabilitacji ruchowej)								
Rok	Liczba podmiotów realizujących	Liczba podjętych działań	Liczba osób objętych działaniem	Przybliżona liczba partnerów w poszczególnych grupach				
				ZOZ	Organizacje pozarządowe	Instytucje rządowe i samorządowe	Instytucje prywatne	Inne
2009	24	620	1723	1	34	7	3	1
2010	29	2178	2657	2	19	13	1	5
2011	20	165	1591	1	8	23	3	0

Źródło: sprawozdania z realizacji NPZ

Tabela 39B. Realizacja NPZ przez gminy województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Działania z zakresu aktywizacji społeczno-kulturalnej osób powyżej 64 lat (uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora itp.)								
Rok	Liczba podmiotów realizujących	Liczba podjętych działań	Liczba osób objętych działaniem	Przybliżona liczba partnerów w poszczególnych grupach				
				ZOZ	Organizacje pozarządowe	Instytucje rządowe i samorządowe	Instytucje prywatne	Inne
2009	58	331	12303	3	111	40	12	4
2010	66	345	8566	0	81	51	11	4
2011	61	430	19910	5	40	70	14	9

Źródło: sprawozdania z realizacji NPZ

Tabela 40A. Realizacja NPZ przez powiaty województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Działania z zakresu aktywizacji fizycznej osób powyżej 64 lat (zajęcia gimnastyczne, działania w ramach rehabilitacji ruchowej)								
Rok	Liczba podmiotów realizujących	Liczba podjętych działań	Liczba osób objętych działaniem	Przybliżona liczba partnerów w poszczególnych grupach				
				ZOZ	Organizacje pozarządowe	Instytucje rządowe i samorządowe	Instytucje prywatne	Inne
2009	2	2	120	0	2	2	0	0
2010	4	23	8209	0	4	1	1	0
2011	5	400	1775	2	2	2	0	1

Źródło: sprawozdania z realizacji NPZ

Tabela 40B. Realizacja NPZ przez powiaty województwa mazowieckiego w latach 2009-2011

Działania z zakresu aktywizacji społeczno-kulturalnej osób powyżej 64 lat (uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora itp.)								
Rok	Liczba podmiotów realizujących	Liczba podjętych działań	Liczba osób objętych działaniem	Przybliżona liczba partnerów w poszczególnych grupach				
				ZOZ	Organizacje pozarządowe	Instytucje rządowe i samorządowe	Instytucje prywatne	Inne
2009	8	27	2820	0	11	2	0	3
2010	10	63	12340	1	29	2	2	4
2011	12	32	3010	0	10	4	2	5

Źródło: sprawozdania z realizacji NPZ

Działania na rzecz aktywizacji fizycznej i społeczno-kulturalnej osób starszych w latach 2009-2011 realizował Samorząd Województwa Mazowieckiego.

W roku 2009 Samorząd Województwa Mazowieckiego inicjował i wspierał działania, mające na celu poprawę sprawności fizycznej i intelektualnej oraz aktywności życiowej ludzi starszych dla 125 osób przy współpracy z 3 organizacjami pozarządowymi. Prowadził działania na rzecz integracji osób starszych i utrzymania ich kontaktu ze środowiskiem dla 703 osób starszych, wspólnie z 8 organizacjami pozarządowymi. Rozwijał różne formy opieki długoterminowej i hospicyjnej (zwłaszcza środowiskowej i rodzinnej) oraz wspierał opiekunów przewlekle chorych i/lub niesprawnych osób starszych. Działaniami realizowanymi przy współpracy z 2 organizacjami pozarządowymi, objętych było 168 osób.

W roku 2010 Samorząd Województwa dofinansował 5 organizacji pozarządowych, które swoimi działaniami na rzecz aktywizacji społeczno-kulturalnej objęły 202 osoby starsze. Działania organizacji miały różną formę i każde z nich zawierało akcent sportowy.

W roku 2011 Samorząd Województwa Mazowieckiego zrealizował przy współpracy z organizacjami pozarządowymi, 4 programy z zakresu aktywizacji fizycznej osób powyżej 64 roku życia (zajęcia gimnastyczne, działania w ramach rehabilitacji ruchowej) skierowanych do 190 osób. Samorząd Województwa Mazowieckiego zrealizował wspólnie z 2 organizacjami pozarządowymi 2 programy na rzecz aktywizacji społeczno-kulturalnej osób starszych (uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora) dla 60 uczestników.

VI. Inne działania na rzecz osób starszych

Uniwersytety Trzeciego Wieku

W ostatnich latach, wraz z obserwowanymi zmianami społecznymi i oczekiwaniami osób starszych coraz większą rolę na lokalnym rynku odgrywają Uniwersytety Trzeciego Wieku.

Pierwsza tego typu instytucja powstała w 1975 roku w Warszawie, jej pomysłodawczynią była prof. Halina Szwarc. Obecnie na terenie całego kraju działa ok. 400 Uniwersytetów Trzeciego Wieku zrzeszających łącznie ok. 70 tys. słuchaczy⁴. Według danych Rządowego Programu Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013 „Przeciętnie w Polsce na 10 000 osób przypada 17 uczestników UTW (na Mazowszu 21)”. Natomiast zgodnie z danymi Raportu „ZOOM na UTW”⁵ na koniec 2012 r. terenie województwa mazowieckiego działały 64 Uniwersytety Trzeciego Wieku (m.in. Towarzystwo Warszawskiego UTW im. Fryderyka Chopina, Medyczny Uniwersytet Trzeciego Wieku, UTW Politechniki Warszawskiej, Bielański Uniwersytet III wieku, UTW Szkoły Głównej Handlowej). Uniwersytety Trzeciego Wieku działające na terenie Polski dzielą się pod względem formy organizacyjno-prawnej na:

- działające w strukturach bądź pod patronatem wyższej uczelni, kierowane najczęściej przez pełnomocnika rektora danej uczelni
- powołane przez stowarzyszenia prowadzące działalność popularyzacyjną
- inne, działające przy domach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu ośrodkach pomocy społecznej itp.

Uniwersytety III Wieku upowszechniają nowe podejście do procesu starzenia, kształtują pozytywny wizerunek osób starszych, integrują rówieśników, tworzą także relacje międzypokoleniowe. Umożliwiają satysfakcjonujące spędzanie wolnego czasu, poszerzają zainteresowania seniorów, aktywizują w kierunku wzajemnej pomocy a także wolontariatu.

Organizacje pozarządowe zrzeszające Seniorów i działające na ich rzecz

Niezwykle istotną rolę w działaniach z zakresu pomocy społecznej skierowanej do osób starszych odgrywają organizacje pozarządowe. Część z nich realizuje działania skierowane na pomoc Seniorom, inne działają poprzez zrzeszanie osób starszych i aktywizowanie ich. Na terenie województwa mazowieckiego działają podmioty zarówno ogólnopolskie, regionalne, jak i lokalne.

Do największych, których działania skierowane są na pomoc osobom starszym należą:

- Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów
- Polski Czerwony Krzyż
- Polski Komitet Pomocy Społecznej
- Fundacja Hospicyjna „Hospicjum to też życie”

⁴ Na podstawie „Rządowego Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013”

⁵ Raport opracowany w 2012 r. przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych "e" we współpracy naukowej z Instytutem Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego
http://www.platformakultury.pl/files/2012-12-13/zoom_na_utw_wyniki_badania_ilosciowego.pdf

Działania podejmowane przez organizacje pozarządowe to głównie pomoc w postaci zapomóg pieniężnych, organizowanie turnusów rehabilitacyjnych, organizacja imprez kulturalno – turystyczno - rekreacyjnych, spotkania edukacyjne, poradnictwo prawne.

W otwartym konkursie ofert z zakresu pomocy społecznej, ogłaszanych corocznie przez Wojewodę Mazowieckiego, zgodnie z rocznym Programem współpracy Wojewody Mazowieckiego z organizacjami pozarządowymi uwzględnione jest zadanie priorytetowe w zakresie aktywizacji osób starszych.

Oferty realizowane dzięki wsparciu finansowemu Wojewody Mazowieckiego obejmują różnorodne zadania na rzecz osób starszych, w tym: prowadzenie uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora, ośrodków wsparcia dla osób starszych doświadczonych niepełnosprawnością (np. amazonki), punktów poradnictwa, a także wsparcia, aktywizacji i integracji międzypokoleniowej seniorów w środowisku lokalnym, z wyraźną tendencją rozwoju form aktywnej integracji i partycypacji beneficjentów w organizacji działań im służących.

Tabela 41. Projekty aktywizacji i integracji Seniorów realizowane przez podmioty pozarządowe w województwie mazowieckim w latach 2011-2012 z finansowym wsparciem Wojewody Mazowieckiego

Nazwa projektu	Organizacja
Aktywna jesień życia	Czernickie Stowarzyszenie Emerytów, Rencistów i Gospodyń Wiejskich
Sprawni przez integrację	Stowarzyszenie Wspierania Aktywności Społecznej „WINDA” w Lipsku
Seniorzy na Start	Krajowe Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym "Z sercem do wszystkich" z Sochaczewa
Aktywizacja i integracja osób starszych - działalność charytatywna na rzecz osób w wieku emerytalnym	Krajowe Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów, Kolarzy, Drogowców, Transportowców
Na szarość naszych dni - aktywizacja i integracja seniorów z gminy Długosiodło	Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Gminy Długosiodło
Aktywizacja i integracja osób starszych	Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Zarząd Rejonowy z siedzibą - Warszawa-Mokotów
Wakacje jednego dnia	Stowarzyszenie "mali bracia Ubogich"
Pomoc osobom starszym w integrowaniu się w środowisku i aktywizacja w życiu społecznym naszej Dzielnicy	Polski Związek Emerytów i Inwalidów Zarząd Rejonowy z siedzibą - Warszawa-Śródmieście
Integracyjne szkolenie seniorów w zakresie ich aktywizacji edukacyjnej i zdrowotnej	Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Zarząd Oddziału Okręgowego
Edukacja żywieniowa osób starszych	Bank Żywności SOS w Warszawie
Aktywizacja osób starszych z Gminy Liw	Liwskie Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości oraz Aktywizacji Społeczności Lokalnej w Węgrowie
Edukacja osób starszych poprzez naukę języków, naukę obsługi komputera i udział w spektaklach muzycznych	Towarzystwo Warszawskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku im. Fryderyka Chopina
Poprawa sprawności fizycznej i intelektualnej oraz aktywizacja i integracja osób starszych w powiecie garwolińskim	Stowarzyszenie Rozwoju Gmin i Miast Powiatu Garwolińskiego
Dodajmy życia do lat	Polskie Związek Emerytów, Rencistów o Inwalidów Zarząd Rejonowy z siedzibą Warszawa-Wola
Pruszkowski Miesiąc Aktywnego Seniora	Fundacja "SAMARITANUS"
Aktywizacja i integracja osób starszych	Stowarzyszenie Amazonek "Żonkil" Warszawa

Nazwa projektu	Organizacja
Aktywizacja i integracja seniorów w gminie Kotuń	Stowarzyszenie Nasz Kotuń
Stary człowiek a może	Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski
Rozwój działań wspierających aktywność osób starszych organizowanych przez Feniks Stowarzyszenie Amazonek Warszawa-Targówek	"FENIKS" Stowarzyszenie Amazonek Warszawa-Targówek
Aktywizacja i integracja osób starszych	Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Oddział Rejonowy z siedzibą w Żyrardowie
Wspieranie, aktywizacja i integrowanie seniorów poprzez organizowanie Klubu Aktywnego Seniora SAS	Stowarzyszenie Aktywni Dla Stegien
Aktywizacja i integracja osób starszych	Stowarzyszenie Pomocy Potrzebującym "NADZIEJA"
Senioralia 2011 na Mazowszu i w Warszawie	Towarzystwo Demokratyczne Wschód
Jesień życia druga wiosna	Polski Czerwony Krzyż
Aktywizacja i integracja osób starszych	Chorągiew Mazowiecka ZHP w Płocku
Klub Seniora - Zawsze młodzi	Stowarzyszenie na rzecz Gminy Dzierżążnia
Seniorzy z pomysłem	Stowarzyszenie Seniorów Gminy Stoczek Pogodni
Aktywni mimo wszystko	Polski Związek Głuchych Koło Terenowe w Siedlcach
"Aktywni - kreatywnie"	Stowarzyszenie Wspierania Aktywności Społecznej „WINDA” w Lipsku
Aktywizacja i integracja osób starszych; wyrównywanie szans i integracja społeczna osób niepełnosprawnych	Caritas Diecezji Radomskiej w Radomiu
"Jesień życia druga wiosna"	Polski Czerwony Krzyż Zarząd Rejonowy Ciechanów
Aktywni dziś i jutro	Stowarzyszenie "Amicus" Gminy Dzierżążnia
Po drodze po zdrowie - rozwój lokalnych działań wspierających aktywność osób starszych	Mali bracia Ubogich Stowarzyszenie
Przedłużenie czynnego udziału starszego pokolenia w życiu społecznym i możliwość pełniejszej realizacji się	Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Zarząd Główny Warszawa-Śródmieście
Uniwersytet Trzeciego Wieku - „Uniwersytet Aktywności” jako wspieranie i inicjowanie rozwoju lokalnej sieci wsparcia dla seniorów w Radomiu	Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny "KARAN"
„Bądźmy razem” – wsparcie i aktywizacja osób starszych, chorych na nowotwory i ich wspierających.	a. Oddział w Warszawie Fundacji Światło ul. Bajana 33/2, 01-904 Warszawa, b. "Fundacja Przyszań" ul. Broniewskiego 95/62, 01-876 Warszawa
Życie z pasją w każdym wieku	Stowarzyszenie Niepełnosprawnych "Bądźmy Razem"
W słabości siła	Stowarzyszenie "Otwarte Drzwi"
Zadanie nr 4: aktywizacja i integracja osób starszych; wyrównywanie szans i integracja społeczna osób niepełnosprawnych	Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów Zarząd Okręgowy w Warszawie
"Infosenior"	CARITAS Diecezji Warszawsko-Praskiej
"Aktywni Seniorzy"	Liwskie Stowarzyszenie Wspierania Przedsiębiorczości oraz Aktywizacji Społeczności Lokalnej w Węgrowie
" Sezon Na Seniorów z Pogodą Ducha"	Stowarzyszenie Seniorów Gminy Stoczek" Pogodni"
" Wiejski Uniwersytet III Wieku w Gminie Kotuń"	Stowarzyszenie " Nasz Kotuń"
Aktywizacja i integracja osób starszych;	Płockie Towarzystwo Oświatowe
Aktywizacja i integracja osób starszych; wyrównywanie szans i integracja społeczna osób niepełnosprawnych	Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Niepełnosprawnością Umysłową "Jestem"
"Aktywizacja i integracja osób starszych i niepełnosprawnych"	Stowarzyszenie Amazonek "Żonkil Warszawa"

Zródło: opracowanie własne Wydziału Polityki Społecznej

Fora przy Wojewodzie Mazowieckim

Fora to platforma współpracy Wojewody Mazowieckiego z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego, zajmująca się m.in.: problemami ludzi starszych. Należą do nich m.in.: Forum Zdrowia, Forum Polityki Społecznej i Forum Bezpieczeństwa. Fora organizują spotkania z organizacjami pozarządowymi działającymi m.in.: na rzecz osób starszych, dając w ten sposób możliwość nawiązania współpracy, podjęcia wspólnych przedsięwzięć. Forum Zdrowia organizuje dodatkowo Pikniki Zdrowia, w czasie których organizacje prezentują swoje oferty skierowane do społeczności lokalnych, w tym seniorów.

Kampania „Bezpieczny Senior”

Kampania „Bezpieczny Senior” została zainaugurowana w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim 14 listopada 2011 roku w Światowy Dzień Seniora. Inicjatorem kampanii jest Mazowiecka Komenda Wojewódzka Policji z siedzibą w Radomiu.

Realizatorzy Kampanii:

- Komenda Wojewódzka Policji z siedzibą w Radomiu
- Komenda Stołeczna Policji – Kampania informacyjna na rzecz przeciwdziałania przestępczości wobec osób starszych realizowana na terenie garnizonu stołecznego
- Komendy Powiatowe/Miejskie Policji Garnizonu Mazowieckiego
- Komenda Wojewódzka Państwowej Straży Pożarnej
- Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Warszawie
- Mazowiecki Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny
- Mazowiecki Wojewódzki Inspektorat Inspekcji Handlowej
- Mazowiecki Urząd Wojewódzki.

Cele główne kampanii:

1. Zmniejszenie liczby przestępstw popełnianych na osobach starszych.
2. Ochrona interesów konsumentów – seniorów.
3. Promocja zdrowego i bezpiecznego stylu życia wśród seniorów

Cele pośrednie:

1. Edukacja seniorów w zakresie zapobiegania popełnianiu przestępstw.
2. Aktywizacja osób w podeszłym wieku do działań w zakresie skutecznej pomocy sąsiedzkiej.
3. Edukacja seniorów w zakresie przysługujących im uprawnień w przypadkach zawierania umów na odległość lub poza siedzibą przedsiębiorstwa.
4. Edukacja osób starszych w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia.

5. Zwiększenie poziomu świadomości osób starszych na temat zagrożeń zatruciem tlenkiem węgla (czadem) oraz możliwości powstania pożaru w obiektach mieszkalnych w czasie jesienno-zimowego dogrzewania mieszkań.
6. Wzrost zaufania społecznego i poprawa wizerunku Policji, jako instytucji wychodzącej naprzeciw problemom lokalnym.
7. Rozpowszechnienie wiedzy o Inspekcji Handlowej jako organu chroniącego każdego konsumenta.

Preferowane formy i kierunki działań:

- podniesienie świadomości seniorów w kwestii wpływu na własne bezpieczeństwo w wyniku prawidłowych zachowań w sytuacji zagrożenia
- wzrost zgłaszanych zdarzeń z udziałem seniorów przez zachęcenie tego środowiska do informowania Policji o sytuacjach przestępczych, w których oni sami są lub mogliby stać się ofiarą - uświadomienie, że w tym przypadku słowo „wstyd” nie istnieje
- poprawa poczucia bezpieczeństwa osób w podeszłym wieku
- zapoznanie ze skutecznymi metodami zapobiegającymi negatywnym zjawiskom jak: oszustwa, kradzieże mienia, bezpieczeństwo w domu (np. przemoc domowa, porażenia prądem, ulatnianie się gazu)
- aktywizacja osób w podeszłym wieku do działań w zakresie skutecznej pomocy sąsiedzkiej pozostałym mieszkańcom kamienicy, bloku, ulicy, osiedla
- zapoznanie seniorów ze specyfiką pracy urzędników i pracowników, w tym: pracowników zakładu energetycznego, gazowni, poczty; używanymi przez te osoby identyfikatorami służbowymi, odzieżą służbową, a także zagrożeniami związanymi z: niewyłączeniem żelazka, nieumiejętnym użytkowaniem piecyków gazowych, porażeniem prądem itp.

Realizatorzy kampanii ściśle współpracują z jednostkami samorządu terytorialnego, masmediami, organizacjami kościelnymi, Poczta Polska, przedsiębiorstwami pobierającymi opłaty za media, Uniwersytetami Trzeciego Wieku, szkołami ponadgimnazjalnymi, w których istnieją klasy o profilu policyjnym.

Partnerami zagranicznymi Kampanii są: LINCOLNSHIRE POLICE HQ – Lincoln i POLIZEIDIREKTION SACHSEN - ANHALT NORD – Magdeburg.

Seniorzy, podobnie jak pozostała część społeczeństwa są ofiarami różnego rodzaju przestępstw.

Tabela 42. Przeszypstwa, w wyniku kt6rych zostaly poszkodowane osoby powyzej 65 roku zycia na terenie garnizonu mazowieckiego

Rok	Oszustwa	Kradzieze	Kradzieze z wlamaniem	Rozb6j
2009	91	423	313	61
2010	132	421	395	53
2011	63	459	405	45

Źródło: Komenda Wojew6dzka Policji z siedziba w Radomiu

Jak wynika z Tabeli 42, najwi6ksza liczbe przestypstw dotyczacych ludzi starszych w badanym okresie stanowi kradzieze, najmniejsza rozboje. Zminimalizowanie liczby tych przestypstw jest jednym z cel6w gl6wnych przedstawionej powyzej kampanii.

VII. Podsumowanie

Z analizy literatury, zgromadzonych danych statystycznych, raport6w konsultant6w wojew6dzkich i innych Źr6deł wykorzystanych w niniejszej publikacji wynika, ze w perspektywie demograficznej system opieki nad osobami starszymi wymaga dzialań dostosowawczych, przygotowujacych na nowa sytuacje. Organizacja i finansowanie swiadczeń dla os6b starszych ma interdyscyplinarny i mi6dzyresortowy charakter. Celem jest poprawa stanu funkcjonalnego i tym samym jakości zycia os6b starszych. Bezpieczenstwo zdrowotne jest jednym z element6w dobrej perspektywy zdrowotnej senior6w i w znacznej części zalezy od innych sektor6w: edukacji, nauki, sportu i turystyki, polityki społecznej. Trzeba się przygotowac na to, ze uslugi poza zdrowotne stanowić beda wi6kszość potrzeb senior6w. Zjednoczenie wysilków społeczenstwa i administracji publicznej prowadzić bedzie do zmniejszenia nier6wności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości zycia senior6w. Oczekiwane efekty zapisane w Narodowym Programie Zdrowia to:

- propagowanie idei aktywnego starzenia się
- uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczenstwa i aktywnego uczestnictwa w zyciu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym
- zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chor6b przewlekłych i przedwczesnych zgon6w w populacji os6b powyzej 65 roku zycia
- zmniejszenie rozpowszechnienia czynnik6w ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji os6b starszych.

Wielosektorowa polityka w obszarze senioralnym to działania z obszaru zdrowia publicznego. Podstawowym warunkiem osiągnięcia wymienionych efektów jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli. Szczególna rola przypada też mediom, bez których nie ma skutecznego informowania społeczeństwa.

Sytuacja seniorów na Mazowszu

- Według prognoz demograficznych będzie następowało dalsze wydłużanie życia seniorów, w województwie mazowieckim odsetek osób powyżej 65 roku życia wzrośnie z ponad 14 % w roku 2011 do ponad 22% w roku 2035. Średnia długość życia mieszkańców Mazowsza w 2011 roku wynosi dla mężczyzn – 72,7 lat, dla kobiet – 81,6 lat. Do 2035 roku przeciętne trwanie życia wzrośnie odpowiednio o 4,8 lat dla mężczyzn oraz o 1,8 lat dla kobiet. W grupie wiekowej 65 lat i więcej lat na trzy kobiety przypada jeden mężczyzna. Nastąpi wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym z 18,12% w roku 2011 do 25,65% w roku 2035 .
- W roku 2011 na terenie województwa mazowieckiego w 104 szpitalach funkcjonowało 65 oddziałów chorób wewnętrznych z 3235 łózkami, wykorzystanie łóżek wynosiło 81,77% , pacjenci powyżej 65 roku życia stanowili ponad 56% hospitalizowanych.
- Najczęściej pacjenci powyżej 65 roku życia byli hospitalizowani na oddziałach: wewnętrznym, kardiologicznym, chirurgicznym, okulistycznym, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznym, neurologicznym i onkologicznym.
- Na oddziałach okulistycznych seniorzy stanowili powyżej 80% chorych, na oddziałach wewnętrznych, kardiologicznych i neurologicznych – powyżej 50%, urologicznych – 50%.
- Udział seniorów w hospitalizacjach ze względu na zewnętrzne przyczyny zachorowań, w tym wypadki komunikacyjne wynosił 16,51% ogółu hospitalizowanych.
- W województwie mazowieckim brak jest oddziałów geriatrycznych.
- W zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych pacjenci powyżej 65 roku życia stanowią ponad 80% ogółu pacjentów.
- Pacjenci w wieku 65 lat i więcej stanowią ponad 38 % pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.
- Najczęstsze schorzenia leczone u seniorów w podstawowej opiece zdrowotnej to.: choroby układu krążenia, choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej, cukrzyca, przewlekłe choroby układu trawiennego. .

- W psychiatrycznej opiece zdrowotnej seniorzy stanowią 15 % ogółu pacjentów w przypadku opieki ambulatoryjnej, ponad 13% w opiece szpitalnej, natomiast w liczbie pacjentów objętych opieką oddziału/ zespołu leczenia domowego seniorzy stanowią 34 % .
- W województwie mazowieckim funkcjonują 4 oddziały psychogeriatryczne z 155 łózkami. Wykorzystanie łóżek wynosi ponad 95%, a liczba leczonych w roku 2011 wynosiła 1 370 pacjentów.
- W województwie mazowieckim w roku 2011 funkcjonowało 5 poradni geriatrycznych mających umowy z Mazowieckim Odziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia: 4 funkcjonowały w Warszawie i 1 w Siedlcach, w 2012 roku 8 poradni: 6 w Warszawie, 1 w Siedlcach i 1 w Żyrardowie. Liczba świadczeń udzielonych w zakresie geriatry w roku 2011 wynosiła 6074.
- Udział pacjentów powyżej 65 roku w stosunku do pacjentów ogółem systematycznie się zwiększa. Najczęściej pacjenci powyżej 65 roku życia to osoby z wielochorobowością i wielolekowością.
- W porównaniu do roku 2009 nastąpił wzrost liczby lekarzy zatrudnionych na terenie placówek województwa mazowieckiego o 4,3%, w tym specjalistów o 5,7%. Wzrost liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców wzrósł z 18,5 na 19,1, natomiast wskaźnik ten dla specjalistów wzrósł z 13,9 do 14,5, W przypadku kadry pielęgniarskiej nastąpił wzrost liczby magistrów pielęgniarstwa na 10 tys. mieszkańców z 1,7 do 3, nastąpił natomiast spadek ogólnej liczby pielęgniarek z 35,2 na 33,7 na 10 tys. ,
- Liczba lekarzy geriatrów w województwie mazowieckim wynosi ogółem 29 osób, z czego 16 pracuje jako geriatry, w tym 8 według podstawowego miejsca pracy. Brak pielęgniarek ze specjalizacją geriatryczną. Według podstawowego miejsca pracy zatrudnionych było 13 pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie opieki długoterminowej, 496 ze średnim wykształceniem z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej i 140 w dziedzinie opieki paliatywnej. Lekarz geriatra nie może wypisać wniosku o zaopatrzenie na wyroby medyczne m.in.: balkoniki i pieluchomajtki.
- Rodziny chętniej umieszczają osoby powyżej 65 roku życia w zakładach opiekuńczych niż w domach pomocy społecznej. Wpływ ma na to m.in. wysokość opłaty obejmującej koszty wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie opiekuńczym, która jest pokrywana tylko z dochodów świadczeniobiorcy.

- W 2011 rok było 51 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych (21 dla osób w podeszłym wieku, 23 przewlekle chorych i 7 typu łączonego), liczba miejsc 4227.
- Prywatne placówki całodobowej opieki dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych lub osób w podeszłym wieku to 130 ośrodków zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym 42 z liczbą miejsc 1457 z zezwoleniem Wojewody Mazowieckiego.
- Usługi opiekuńcze - zadania własne gminy – ponad 75% gmin finansuje usługi opiekuńcze, maleje liczba osób, którym przyznano świadczenia, rośnie cena świadczenia.
- Ośrodki wsparcia dla seniorów, dzienne domy pomocy, wzrost liczby dziennych domów pomocy, w roku 2011 - 24 placówki z 1652 miejscami, korzystało z nich 1906 osób w 8 gminach.
- Działania w zakresie aktywności fizycznej w latach 2009-2011 podejmowało od 20 do 29 gmin co stanowi od 6,36% do 9,23% i od 2 do 5 powiatów co stanowi od 4,76% do 11,90%, natomiast w zakresie aktywizacji społeczno-kulturalnej od 58 do 66 gmin co stanowi od 18,47% do 21,09% i 8 do 12 powiatów co stanowi od 19,05% do 28,57%.
- W województwie mazowieckim w roku 2012 funkcjonowały 64 Uniwersytety Trzeciego Wieku. Organizacje te upowszechniają nowe podejście do procesu starzenia, kształtują pozytywny wizerunek osób starszych, integrują rówieśników, tworzą także relacje międzypokoleniowe. Umożliwiają satysfakcjonujące spędzanie wolnego czasu, poszerzają zainteresowania seniorów, aktywizują w kierunku wzajemnej pomocy a także wolontariatu.
- Organizacje pozarządowe zrzeszają seniorów i działają na ich rzecz. Działania podejmowane przez organizacje pozarządowe to głównie pomoc w postaci zapomóg pieniężnych, organizowanie turnusów rehabilitacyjnych, organizacja imprez kulturalno - turystyczno - rekreacyjnych, spotkania edukacyjne, poradnictwo prawne.
- Kampania „Bezpieczny Senior” jest realizowana w województwie mazowieckim. Celem głównym kampanii jest zmniejszenie liczby przestępstw popełnianych na osobach starszych, ochrona interesów konsumentów – seniorów, promocja zdrowego i bezpiecznego stylu życia wśród seniorów. W ramach kampanii na terenie Mazowsza zorganizowano wiele spotkań, szkoleń oraz konferencji z udziałem seniorów lub osób działających na rzecz seniorów.

Najważniejsze problemy do rozwiązania:

1. W zakresie medycyny naprawczej:

- brak oddziałów geriatrycznych,
- brak dziennych oddziałów realizujących krótkotrwałą, pełną diagnostykę i leczenie osób starszych z wielochorobowością,
- mała liczba poradni geriatrycznych z kontraktem Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- brak właściwego modelu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki geriatrycznej,
- wysoki wskaźnik wykorzystania łóżek na oddziałach psychogeriatrycznych, brak poradni psychogeriatrycznych,
- zbyt niska wycena świadczeń geriatrycznych i internistycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- długi czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu stacjonarnej opieki długoterminowej.
- brak uprawnień lekarzy geriatrów do wypisywania wniosków na zaopatrzenie na wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.

2. W zakresie pomocy społecznej:

- brak sieci usług opiekuńczych i ich właściwego standardu,
- brak dziennych form wsparcia dla osób starszych,
- słabo rozwinięty system opieki domowej nad osobami starszymi,
- brak w systemie pomocy stacjonarnej dla osób starszych, specjalistycznych domów pomocy społecznej,
- utrzymanie liczby miejsc w domach pomocy społecznej na obecnym poziomie,
- duże obciążenie finansowe jednostek samorządu terytorialnego związane z finansowaniem szeroko rozumianych usług pomocy społecznej, brak alternatywnych źródeł finansowania.
- brak finansowania usług medycznych w domach pomocy społecznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- brak zapewnienia gorącego posiłku dla osób starszych i niepełnosprawnych, 57 % gmin nie realizuje tej formy pomocy.

3. Kadra i jej rozwój:

- niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii,
- brak na terenie województwa mazowieckiego jednostek akredytowanych do kształcenia lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii,
- brak pielęgniarek posiadających specjalizację geriatryczną,

- brak dostatecznej wiedzy kadry medycznej i pomocy społecznej w zakresie potrzeb osób starszych,
 - zbyta mała współpraca jednostek organizacyjnych pomocy społecznej i opieki zdrowotnej.
4. Brak programów zdrowotnych skierowanych do osób starszych, obejmujących badania profilaktyczne i diagnozowanie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych.
 5. Niedostateczna aktywność samorządów lokalnych w działaniach na rzecz ludzi starszych.
 6. Niedostateczna wiedza seniorów dotycząca profilaktyki zdrowotnej, roli aktywności fizycznej, odżywiania i farmakoterapii.
 7. Niedostateczna akceptacja społeczna dla starzenia się, niewłaściwe postrzeganie osoby starszej, niewielka solidarność międzypokoleniowa.
 8. Znacząca liczba przestępstw popełnianych na osobach starszych, niska świadomość osób starszych w kwestii potencjalnych zagrożeń, bezpiecznego, zdrowego stylu życia.

Istniejące programy poprawiające opiekę nad seniorami:

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 jest ogólnopolską strategią w zakresie polityki zdrowotnej, wyznacza kierunek działań w obszarze zdrowia publicznego. Jego główny cel to poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Jednym z celów operacyjnych jest tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych. Oczekiwane korzyści zdrowotne z jego realizacji to: zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby chorych na choroby zakaźne, wydłużenie liczby lat wolnych od wszelkich dolegliwości i wydłużenie przeciętnego trwania życia. Założenia tego programu powinny być realizowane we wszystkich politykach.
2. Dla dokonania systemowych rozwiązań Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej powołało Departament Polityki Senioralnej. Jego nadrzędnym celem jest działalność na rzecz edukacji i aktywizacji osób starszych. Aby zrealizować to założenie, ministerstwo uruchomiło specjalny program senioralny: Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013. Program promuje działania mające na celu podtrzymanie aktywności osób starszych i zapewnienie ich udziału w życiu społecznym oraz działania ukierunkowane na osoby o ograniczonej samodzielności. Program służy wsparciu ofert organizacji, instytucji działających na

rzecz osób starszych, w tym niepełnosprawnych i osób o ograniczonej sprawności ruchowej przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej oraz ścisłej współpracy z jednostkami samorządowymi (placówki oświatowo-kulturalne). Na realizację Programu przeznaczono 60 mln zł do wykorzystania w latach 2012-2013. W roku 2012 wykorzystano ok. 20 mln. zł, na rok 2013 pozostało 40 mln. zł. Program wymaga rozpowszechnienia, szczególnie wśród organizacji pozarządowych.

3. W latach 2012-2015 realizowany jest przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego projekt systemowy Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym poprzez podniesienie kompetencji kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach projektu, szkoleniem objęci zostaną lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki medycznej, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni oraz terapeuci środowiskowi. W ramach projektu w 2012 roku zrealizowano: 3 kursy dla lekarzy, w których uczestniczyło w sumie 46 osób, w tym 4 z województwa mazowieckiego, 7 kursów dla fizjoterapeutów, w których uczestniczyło w sumie 138 osób, w tym 6 z województwa mazowieckiego, 1 kurs dla pielęgniarek, w którym uczestniczyło 30 osób, w tym 27 osób z Mazowsza. Wskazane jest dalsze propagowanie projektu, przekazywanie zaproszeń do potencjalnych uczestników tak, aby maksymalnie zwiększyć ich liczbę, szczególnie z obszaru województwa mazowieckiego.
4. Dla studentów Kierunku Pielęgniarstwo i Położnictwo, Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, realizowane jest obowiązkowe kształcenie w zakresie geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego.
5. Nowy program kształcenia studentów wydziałów lekarskich, obowiązujący od roku akademickiego 2012/2013 zawiera kształcenie w zakresie geriatry dla studentów V roku.

Rekomendacje Wojewody Mazowieckiego

1. Utworzenie oddziałów geriatrycznych lub wewnętrzno-geriatrycznych na bazie funkcjonujących oddziałów chorób wewnętrznych.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, organy tworzące podmioty lecznicze, szpitale.

2. Utworzenie dziennych oddziałów geriatrycznych realizujących krótkotrwałą diagnostykę i leczenie osób starszych z wielochorobowością, bez konieczności całodobowej hospitalizacji. Ograniczyłyby to koszty leczenia i znacznie zmniejszyły powikłania długotrwałej hospitalizacji osób starszych.

Adresaci rekomendacji: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry, organy tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze.

3. Zwiększenie liczby poradni geriatrycznych.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, organy tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze.

4. Rozwój ambulatoryjnej specjalistycznej opieki geriatrycznej poprzez tworzenie zespołów opieki nad chorymi powyżej 65 roku życia w składzie: lekarz geriatra, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny, logopeda i dietetyk. Właściwym modelem opieki ambulatoryjnej dla pacjentów powyżej 65 roku życia powinna być ścisła współpraca lekarza geriatry i specjalistów w różnych dziedzinach medycznych, w celu postawienia pełnej diagnozy i leczenia pacjenta pod nadzorem lekarza geriatry.

Adresaci rekomendacji: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultant krajowy w dziedzinie geriatry, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry, organy tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze.

5. Zwiększenie liczby oddziałów psychogeriatrycznych. Utworzenie poradni psychogeriatrycznych. Uwzględnienie potrzeb osób starszych w Mazowieckim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego i Warszawskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Adresaci rekomendacji: Marszałek Województwa Mazowieckiego, Prezydent m.st. Warszawy, Mazowiecka Rada Zdrowia Psychicznego, Warszawska Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, organy tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze.

6. Rozwój stacjonarnej opieki długoterminowej poprzez tworzenie zakładów opiekuńczych, szczególnie w powiatach niemających tego typu placówek na swoim

obszarze: białobrzeskim, grodziskim, mławskim, ostrowskim, ostrołęckim, przasnyskim, sochaczewskim, sierpeckim, węgrowskim i wyszkowskim.

Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego, organy tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze.

7. Urealnienie wyceny świadczeń geriatrycznych i internistycznych. Przygotowanie wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z propozycją zmiany wyceny świadczeń internistycznych i geriatrycznych tak, aby uwzględnione były rzeczywiste koszty procedur z tych zakresów.

Adresaci rekomendacji: Minister Zdrowia, zespół pod kierunkiem dyrektora Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego z udziałem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych, przedstawiciele wybranych szpitali prowadzących oddziały wewnętrzne.

8. Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, tak aby lekarze geriatryzy mieli uprawnienia do wypisywania wniosków na zaopatrzenie na wyroby medyczne.

Adresat rekomendacji: Minister Zdrowia.

9. Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w części dotyczącej zasad pokrywania kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas pobytu w zakładzie opiekuńczo leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, tak aby były pokrywane przez małżonka, zstępnych lub wstępnych. Pozwoli to zracjonalizować liczbę pobyków w tych zakładach w stosunku do pobyków w domach pomocy społecznej.

Adresat rekomendacji: Minister Zdrowia.

10. Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, tak aby umożliwić kształcenie pielęgniarek poprzez kursy kwalifikacyjne w dziedzinie geriatry jako alternatywę dla szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie.

Adresat rekomendacji: Minister Zdrowia.

11. Zapewnienie, poprzez zmianę obowiązującego prawa, finansowania usług medycznych w domach pomocy społecznej w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Adresat rekomendacji: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

12. Utworzenie przynajmniej jednego oddziału geriatrycznego bądź wewnętrznogeriatrycznego, spełniającego warunki akredytacyjne do prowadzenia szkolenia lekarzy w dziedzinie geriatrii, co umożliwi kształcenie podyplomowe lekarzom na terenie województwa mazowieckiego.

Adresaci rekomendacji: Minister Zdrowia, Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Marszałek Województwa Mazowieckiego, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii, organy tworzące podmioty lecznicze, szpitale.

13. Wystąpienie do Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o udostępnienie miejsc szkoleniowych w dziedzinie geriatrii lekarzom z obszaru województwa mazowieckiego w Oddziale Geriatrii Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku.

Adresaci rekomendacji: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Wydział Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.

14. Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji kadry medycznej w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

Adresaci rekomendacji: Izby Lekarskie, Izby Pielęgniarskie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Towarzystwa: Gerontologiczne, Lekarzy Rodzinnych, Internistów Polskich.

15. Wprowadzenie patronażowych wizyt w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jako obowiązku „bilansu” dla osób u progu starości w wieku 65 lat, a docelowo w wieku 67 i kolejno co 5 lat.

Adresaci rekomendacji: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii.

16. Opracowanie programu zdrowotnego finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącego osób powyżej 65 roku życia, a docelowo w wieku 67 lat, obejmującego ocenę stanu zdrowia i podstawowe badania laboratoryjne.

Adresaci rekomendacji: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii.

17. Współpraca jednostek ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie opieki nad seniorami poprzez tworzenie zespołów z udziałem przedstawicieli podmiotów leczniczych i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.
Adresaci rekomendacji: Marszałek Województwa Mazowieckiego, jednostki samorządu terytorialnego, organy tworzące podmioty lecznicze, podmioty lecznicze, jednostki organizacyjne pomocy społecznej.
18. Zachęcanie jednostek samorządu terytorialnego do poszukiwania różnych źródeł finansowania szeroko rozumianych usług pomocy społecznej - aktualnie wszystkie formy wspomagania są (oprócz zasiłków pielęgnacyjnych) zadaniem własnym samorządu terytorialnego i są finansowane z ich dochodów.
Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe działające na rzecz osób starszych.
19. Utrzymanie liczby miejsc według obecnie obowiązujących standardów w domach pomocy społecznej dla osób starszych i przewlekle chorych przynajmniej na obecnym poziomie.
Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego prowadzące domy pomocy społecznej.
20. Zwiększenie liczby miejsc opieki dziennej/środowiskowej, rozwój specjalistycznej pomocy pielęgniarstwa, psychologicznej i socjalnej w środowisku domowym w celu rozwiązania problemu zapewnienia opieki w czasie, gdy nie może tego czynić rodzina/opiekunowie. Opieka dzienna jest rozwiązaniem mniej kosztownym niż opieka całodobowa a przede wszystkim, pozwala na częściowe funkcjonowanie człowieka w podeszłym wieku w środowisku domowym.
Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego.
21. Rozwój opieki domowej, konieczność działań wspierających opiekunów domowych.
Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego.
22. Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji kadry pomocy społecznej, w tym opiekunów osób starszych poprzez szkolenia i kursy.
Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego.
23. Realizacja programów dotyczących profilaktyki zdrowotnej, zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, skierowanych do osób starszych.
Adresaci rekomendacji: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze.

24. Aktywizacja samorządów terytorialnych do realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, dotyczącego tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Marszałek Województwa Mazowieckiego, jednostki samorządu terytorialnego.

25. Aktywizacja organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Marszałek Województwa Mazowieckiego, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe.

26. Budowanie więzi międzypokoleniowej poprzez angażowanie organizacji zrzeszających młode pokolenie w działania na rzecz seniorów.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Marszałek Województwa Mazowieckiego, Mazowieckie Kuratorium Oświaty, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe.

27. Kontynuacja kampanii „Bezpieczny Senior”.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Marszałek Województwa Mazowieckiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Komenda Stołeczna Policji w Warszawie, Komenda Wojewódzka Policji z siedzibą w Radomiu.

28. Opracowanie poradnika dla osób starszych.

Adresaci rekomendacji: Mazowiecki Urząd Wojewódzki, Marszałek Województwa Mazowieckiego, Prezydent m. st. Warszawy – Warszawska Rada Polityki Zdrowotnej, Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Komenda Stołeczna Policji w Warszawie, Komenda Wojewódzka Policji z siedzibą w Radomiu, organizacje pozarządowe.

Złożoność spraw i problemów dotycząca seniorów powoduje konieczność współpracy wielu podmiotów i instytucji publicznych oraz niepublicznych. Są wśród nich: pomoc społeczna, ochrona zdrowia, uczelnie, szkoły, policja, samorządy, organizacje społeczne, organizacje pozarządowe. Współpraca wielosektorowa powinna być zatem fundamentem działań. Raport „Opieka nad osobami starszymi na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011”, opracowany w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim choć nie wyczerpuje wszystkich zagadnień, proponuje rozwiązania wskazujące kierunek zmian w polityce budowania zdrowej i aktywnej starości w bliższej, ale też dalszej perspektywie. Zdrowe starzenie się powinno stanowić priorytet zdrowia publicznego na najbliższe dziesięciolecia.

Tabela rekomendacji Wojewody Mazowieckiego

Lp.	Problem	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
1.	Brak oddziałów geriatrycznych.	Utworzenie oddziałów geriatrycznych lub wewnętrzno-geriatrycznych na bazie funkcjonujących oddziałów chorób wewnętrznych.	1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia 2. Organy tworzące podmioty lecznicze 3. Szpitale
2.	Brak dziennych oddziałów szpitalnych, realizujących krótkotrwałą, pełną diagnostykę i leczenie osób starszych z wielochorobowością, bez konieczności całodobowej hospitalizacji, generującej wyższe koszty leczenia.	Utworzenie dziennych oddziałów geriatrycznych realizujących krótkotrwałą diagnostykę i leczenie osób starszych z wielochorobowością, bez konieczności całodobowej hospitalizacji.	1. Minister Zdrowia 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 3. Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry 4. Organy tworzące podmioty lecznicze 5. Podmioty lecznicze
3.	Mała liczba poradni geriatrycznych z kontraktem Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do potrzeb.	Zwiększenie liczby poradni geriatrycznych.	1. Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia 2. Organy tworzące podmioty lecznicze 3. Podmioty lecznicze
4.	Brak właściwego modelu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki geriatrycznej.	Rozwój ambulatoryjnej specjalistycznej opieki geriatrycznej poprzez tworzenie zespołów opieki nad chorymi powyżej 65 roku życia w składzie – lekarz geriatra, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny, logopeda i dietetyk. Właściwym modelem opieki ambulatoryjnej dla pacjentów powyżej 65 roku życia powinna być ścisła współpraca lekarza geriatry i specjalistów w różnych dziedzinach medycznych, w celu postawienia pełnej diagnozy i leczenia pacjenta pod nadzorem lekarza geriatry.	1. Minister Zdrowia 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 3. Konsultant krajowy w dziedzinie geriatry 4. Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry 5. Organy tworzące podmioty lecznicze 6. Podmioty lecznicze
5.	Wysoki wskaźnik wykorzystania łóżek w oddziałach psychogeriatrycznych, brak poradni psychogeriatrycznych.	Zwiększenie liczby oddziałów psychogeriatrycznych. Utworzenie poradni psychogeriatrycznych. Uwzględnienie potrzeb osób starszych w Mazowieckim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego i Warszawskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.	1. Marszałek Województwa Mazowieckiego 2. Prezydent m.st. Warszawy 3. Mazowiecka Rada Zdrowia Psychicznego 4. Warszawska Rada Ochrony Zdrowia Psychicznego 5. Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii 6. Organy tworzące podmioty lecznicze 7. Podmioty lecznicze

Lp.	Problem	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
6.	Długi czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu stacjonarnej opieki długoterminowej.	Rozwój stacjonarnej opieki długoterminowej poprzez tworzenie zakładów opiekuńczych, szczególnie w powiatach niemających tego typu placówek na swoim obszarze: białobrzeskim, grodziskim, mławskim, ostrowskim, ostrołęckim, przasnyskim, sochaczewskim, sierpeckim, węgrowskim i wyszkowskim.	1. Jednostki samorządu terytorialnego 2. Organy tworzące podmioty lecznicze 3. Podmioty lecznicze
7.	Zbyt niska wycena świadczeń geriatrycznych i internistycznych.	Urealnienie wyceny świadczeń geriatrycznych i internistycznych. Przygotowanie wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z propozycją zmiany wyceny świadczeń internistycznych i geriatrycznych tak, aby uwzględnione były rzeczywiste koszty procedur z tych zakresów.	1. Minister Zdrowia 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 3. Zespół pod kierunkiem dyrektora Wydziału Zdrowia z udziałem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz przedstawicieli wybranych szpitali prowadzących oddziały wewnętrzne
8.	Brak uprawnień lekarzy geriatrów do wypisywania wniosków na zaopatrzenie na wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.	Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze.	1. Minister Zdrowia
9.	Długi czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu stacjonarnej opieki długoterminowej.	Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w części dotyczącej zasad pokrywania kosztów żywienia i zakwaterowania podczas pobytu w zakładzie opiekuńczo - leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, tak aby były pokrywane przez małżonka, zstępnych lub wstępnych.	1. Minister Zdrowia
10.	Brak pielęgniarek posiadających specjalizację geriatryczną.	Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, tak aby umożliwić kształcenie pielęgniarek poprzez kursy kwalifikacyjne w dziedzinie geriatry jako alternatywę dla szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie.	1. Minister Zdrowia

Lp.	Problem	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
11.	Brak finansowania usług medycznych w domach pomocy społecznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.	Zapewnienie, poprzez zmianę obowiązującego prawa, finansowania usług medycznych w domach pomocy społecznej w ramach środków z Narodowego Funduszu Zdrowia.	1. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
12.	Niedobór lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry. Brak na terenie województwa mazowieckiego jednostek akredytowanych do kształcenia lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry.	Utworzenie przynajmniej jednego oddziału geriatrycznego bądź wewnątrz-geriatrycznego, spełniającego warunki akredytacyjne do prowadzenia szkolenia lekarzy w dziedzinie geriatry, co umożliwi kształcenie podyplomowe lekarzom na terenie województwa mazowieckiego.	1. Minister Zdrowia 2. Mazowiecki Urząd Wojewódzki 3. Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 4. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego 5. Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry 6. Organy tworzące podmioty lecznicze 7. Podmioty lecznicze
13.	Zapewnienie miejsca szkolenia w dziedzinie geriatry lekarzom z województwa mazowieckiego.	Wystąpienie do Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o udostępnienie miejsc szkoleniowych w dziedzinie geriatry lekarzom z obszaru województwa mazowieckiego w Oddziale Geriatry Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku.	1. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych 2. Wydział Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego
14.	Brak dostatecznej wiedzy kadry medycznej, w tym lekarzy podstawowej opieki medycznej, w zakresie opieki nad osobami starszymi.	Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji kadry medycznej w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.	1. Izby Lekarskie 2. Izby Pielęgniarskie 3. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego 4. Towarzystwa: Gerontologiczne, Lekarzy Rodzinnych, Internistów Polskich
15.	Brak programów zdrowotnych skierowanych do osób starszych, obejmujących badania profilaktyczne i diagnozowanie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych.	Wprowadzenie patronażowych wizyt w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jako obowiązku badań „bilansu” dla osób u progu starości w wieku 65 lat, a docelowo 67 lat i kolejno co 5 lat.	1. Minister Zdrowia 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 3. Konsultant krajowy w dziedzinie geriatry 4. Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry

Lp.	Problem	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
16.	Brak programów zdrowotnych skierowanych do osób starszych, obejmujących badania profilaktyczne i diagnozowanie potencjalnych zagrożeń zdrowotnych.	Opracowanie programu zdrowotnego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącego osób powyżej 65 roku życia, a docelowo powyżej 67 roku życia, obejmującego ocenę stanu zdrowia i podstawowe badania laboratoryjne.	1. Minister Zdrowia 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 3. Konsultant krajowy w dziedzinie geriatry 4. Konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry
17.	Zbyt mała współpraca jednostek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.	Współpraca jednostek ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie opieki nad seniorami poprzez tworzenie zespołów z udziałem przedstawicieli podmiotów leczniczych i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.	1. Jednostki samorządu terytorialnego 2. Organy tworzące podmioty lecznicze 3. Podmioty lecznicze 4. Jednostki organizacyjne pomocy społecznej
17.	Duże obciążenie finansowe jednostek samorządu terytorialnego związane z finansowaniem szeroko rozumianych usług pomocy społecznej, brak alternatywnych źródeł finansowania.	Zachęcanie jednostek samorządu terytorialnego do poszukiwania różnych źródeł finansowania szeroko rozumianych usług pomocy społecznej - aktualnie wszystkie formy wspomagania są (oprócz zasiłków pielęgnacyjnych) zadaniem własnym samorządu terytorialnego i są finansowane z ich dochodów.	1. Jednostki samorządu terytorialnego 2. Organizacje pozarządowe działające na rzecz osób starszych
19.	Utrzymanie liczby miejsc w domach pomocy społecznej.	Utrzymanie liczby miejsc według obecnie obowiązujących standardów w domach pomocy społecznej dla osób starszych i przewlekle chorych przynajmniej na obecnym poziomie.	1. Jednostki samorządu terytorialnego prowadzące domy pomocy społecznej
20.	Brak dziennych form wsparcia dla osób starszych, pozwalających na częściowe funkcjonowanie w środowisku domowym, mniej kosztownych niż opieka całodobowa i będących wsparciem dla rodzin i opiekunów osób starszych.	Zwiększenie liczby miejsc opieki dziennej/środowiskowej, rozwój specjalistycznej pomocy pielęgnarskiej, psychologicznej i socjalnej w środowisku domowym w celu rozwiązania problemu zapewnienia opieki w czasie, gdy nie może tego zrobić rodzina/opiekunowie.	1. Jednostki samorządu terytorialnego
21.	Zbyt słabo rozwinięty system opieki domowej nad osobami starszymi.	Rozwój opieki domowej, konieczność działań wspierających opiekunów domowych.	1. Jednostki samorządu terytorialnego
22.	Brak wystarczającej wiedzy kadry pomocy społecznej o potrzebach osób starszych w nowoczesnym społeczeństwie.	Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji kadry pomocy społecznej, w tym opiekunów osób starszych poprzez szkolenia i kursy.	1. Jednostki samorządu terytorialnego
23.	Niedostateczna wiedza seniorów dotycząca profilaktyki zdrowotnej, roli aktywności fizycznej, odżywiania i farmakologii.	Realizacja programów dotyczących profilaktyki zdrowotnej, zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, skierowanych do osób starszych.	1. Jednostki samorządu terytorialnego 2. Organizacje pozarządowe 3. Podmioty lecznicze

Lp.	Problem	Rekomendacja	Adresat rekomendacji
24.	Niedostateczna aktywność samorządów lokalnych w działaniach na rzecz ludzi starszych.	Aktywizacja samorządów terytorialnych do realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, dotyczącego tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.	1. Mazowiecki Urząd Wojewódzki 2. Marszałek Województwa Mazowieckiego 3. Jednostki samorządu terytorialnego
25.	Niewykorzystany potencjał organizacji pozarządowych w działaniach na rzecz ludzi starszych, potrzeba rozwijania ich działalności.	Aktywizacja organizacji pozarządowych działających na rzecz seniorów.	1. Mazowiecki Urząd Wojewódzki 2. Marszałek Województwa Mazowieckiego 3. Jednostki samorządu terytorialnego 4. Organizacje pozarządowe
26.	Niedostateczna akceptacja społeczna dla starzenia się, niewłaściwe postrzeganie osoby starszej, niewielka solidarność międzypokoleniowa.	Budowanie więzi międzypokoleniowej poprzez angażowanie organizacji zrzeszających młode pokolenie w działania na rzecz seniorów.	1. Mazowiecki Urząd Wojewódzki 2. Marszałek Województwa Mazowieckiego 3. Mazowieckie Kuratorium Oświaty 4. Jednostki samorządu terytorialnego 5. Organizacje pozarządowe
27.	Znacząca liczba przestępstw popełnianych na osobach starszych, niska świadomość osób starszych w kwestii potencjalnych zagrożeń, bezpiecznego, zdrowego stylu życia.	Kontynuacja kampanii „Bezpieczny Senior.”	1. Mazowiecki Urząd Wojewódzki 2. Marszałek Województwa Mazowieckiego 3. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny 4. Komenda Stołeczna Policji w Warszawie 4. Komenda Wojewódzka Policji z siedzibą w Radomiu

Spis tabel

Tabela 1. Liczba ludności powyżej 65 roku życia w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.	5
Tabela 2. Liczba ludności w poszczególnych grupach wiekowych w powiatach województwa mazowieckiego, stan na 31.12.2011 r.	7
Tabela 3. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat w Polsce i w województwie mazowieckim w latach 1995-2011	9
Tabela 4. Trwanie życia w roku 2011 i prognoza dla 2035 r. w województwie mazowieckim	9
Tabela 5. Prognozowana liczba ludności w województwie mazowieckim w latach 2015-2035	9
Tabela 6. Wybrany personel medyczny zatrudniony w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i spółkach z udziałem jednostek samorządu terytorialnego w województwie mazowieckim w latach 2009-2011 (wg stanu w dn. 31.12)	11
Tabela 7. Zatrudnienie specjalistów w dziedzinach związanych z opieką geriatryczną na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011, wg podstawowego miejsca pracy	13
Tabela 8. Zakłady Podstawowej Opieki Zdrowotnej, mające kontrakt z MOW NFZ w latach 2009-2011	14
Tabela 9. Zakłady Specjalistycznej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej, mające kontrakt z MOW NFZ w latach 2009-2011	14
Tabela 10. Wybrane oddziały szpitalne z najwyższym odsetkiem pacjentów powyżej 65 roku życia	16
Tabela 11. Szpitale psychiatryczne – publiczne i spółki z terenu województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	16
Tabela 12. Oddziały psychogeriatryczne w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa mazowieckiego, stan na 31.12	17
Tabela 13. Zakłady opiekuńcze na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	18
Tabela 14. Liczba zakładów opiekuńczych z umowami z MOW NFZ	18
Tabela 15. Pacjenci w wieku 65 lat i więcej, będący pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego) wg rozpoznania w latach 2009-2011	20
Tabela 16. Procentowy udział świadczeń lekarza POZ oraz bezwzględna liczba świadczeń lekarza POZ udzielonych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia w latach 2009-2011	24
Tabela 17. Procentowy udział świadczeń oraz bezwzględna liczba świadczeń udzielonych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg zakresów świadczeń w latach 2009 – 2011	25
Tabela 18. Procentowy udział świadczeń oraz bezwzględna liczba świadczeń udzielonych w rodzaju: ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg zakresów świadczeń w latach 2009-2011.	26
Tabela 19. Leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w latach 2009-2011 na terenie województwa mazowieckiego.	27

Tabela 20. Procentowy udział świadczeń ambulatoryjnych oraz bezwzględna liczba świadczeń ambulatoryjnych udzielonych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg zakresów świadczeń w latach 2009-2011.	28
Tabela 21. Liczba pacjentów powyżej 65 lat wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie województwa mazowieckiego	30
Tabela 22. Liczba leczonych wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie województwa mazowieckiego z największym udziałem pacjentów powyżej 65 roku życia	32
Tabela 23. Liczba leczonych powyżej 65 roku życia wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie woj. mazowieckiego	33
Tabela 24. Procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględna liczba hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg przyczyn hospitalizacji w latach 2009-2011	36
Tabela 25. Procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględna liczba hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg wybranych przyczyn hospitalizacji w latach 2009-2011	38
Tabela 26. Ofiary wypadków drogowych w wieku powyżej 65 roku życia, zaistniałych na terenie garnizonu mazowieckiego	39
Tabela 27. Główne przyczyny hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych w szpitalach województwa mazowieckiego w latach 2009-2011.	40
Tabela 28. Działalność oddziałów psychogeriatrycznych w szpitalach psychiatrycznych na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	41
Tabela 29. Procentowy udział hospitalizacji oraz bezwzględna liczba hospitalizacji zrealizowanych w rodzaju świadczeń: opieka psychiatryczna osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia w latach 2009-2011	42
Tabela 30. Objęci opieką oddziału/zespołu leczenia środowiskowego/domowego na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	42
Tabela 31. Procentowy udział świadczeń /pobytów/ oraz bezwzględna liczba świadczeń /pobytów/ udzielonych w zakresie opieki długoterminowej osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg rodzaju opieki w latach 2009-2011	45
Tabela 32. Procentowy udział świadczeń /pobytów/ oraz bezwzględna liczba świadczeń /pobytów/ udzielonych w zakresie opieki hospicyjnej osobom w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia wg rodzaju opieki w latach 2009-2011	46
Tabela 33. Pacjenci oczekujący w oddziałach szpitalnych na przeniesienie do ośrodka opieki długoterminowej w województwie mazowieckim (stan na 15.02.2012 r.)	46
Tabela 34. Czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka opieki długoterminowej w województwie mazowieckim (stan na 31.01.2013 r.)	47
Tabela 35. Udziały poszczególnych grup ekonomicznych w całej populacji	47
Tabela 36. Prognozowany udział procentowy osób w wieku poprodukcyjnym (60+ i 65+) w stosunku do ogółu mieszkańców na terenie Polski i Mazowsza	48
Tabela 37. Liczba rodzin emerytów i rencistów objętych pomocą społeczną w województwie mazowieckim w latach 2009-2011	48
Tabela 38. Usługi opiekuńcze finansowane ze środków własnych gminy w województwie mazowieckim w latach 2009-2011	50
Tabela 39A. Realizacja NPZ przez gminy województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	53

Tabela 39B. Realizacja NPZ przez gminy województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	53
Tabela 40A. Realizacja NPZ przez powiaty województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	53
Tabela 40B. Realizacja NPZ przez powiaty województwa mazowieckiego w latach 2009-2011	54
Tabela 41. Projekty aktywizacji i integracji Seniorów realizowane przez podmioty pozarządowe w województwie mazowieckim w latach 2011-2012 z finansowym wsparciem Wojewody Mazowieckiego	56
Tabela 42. Przestępstwa, w wyniku których zostały poszkodowane osoby powyżej 65 roku życia na terenie garnizonu mazowieckiego	60

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba ludności w poszczególnych grupach wiekowych wg płci w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.	5
Wykres 2. Struktura procentowa ludności powyżej 65 roku życia w poszczególnych grupach wiekowych w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.	6
Wykres 3. Liczba ludności powyżej 65 roku życia w poszczególnych powiatach w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.	8
Wykres 4. Liczba ludności powyżej 65 roku życia w poszczególnych miastach na prawach powiatu w województwie mazowieckim, stan na 31.12.2011 r.	8
Wykres 5. Prognozowana liczba ludności powyżej 65 roku życia w latach 2015-2035 w województwie mazowieckim	10
Wykres 6. Prognozowana liczba ludności w latach 2015-2035 w województwie mazowieckim	10
Wykres 7. Liczba pacjentów ogółem oraz pacjentów w wieku 65 lat i więcej, według rozpoznań w 2009 r.	22
Wykres 8. Liczba pacjentów ogółem i pacjentów w wieku 65 lat i więcej, według rozpoznań w 2010 r.	23
Wykres 9. Liczba pacjentów ogółem i pacjentów w wieku 65 lat i więcej, według rozpoznań w 2011 r.	24
Wykres 10. Liczba (powyżej 2.000) pacjentów powyżej 65 lat wg oddziałów w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych na terenie województwa mazowieckiego w latach 2009-2011.	31
Wykres 11. Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat, wg oddziałów w 2009 r. (w %)	34
Wykres 12. Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat, wg oddziałów w 2010 r. (w %)	34
Wykres 13. Struktura hospitalizacji pacjentów powyżej 65 lat, wg oddziałów w 2011 r. (w %)	35
Wykres 14. Struktura leczonych w wieku powyżej 65 lat wg przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w 2009 r.	43
Wykres 15. Struktura leczonych w wieku powyżej 65 lat wg przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w 2010 r.	44
Wykres 16. Struktura leczonych w wieku powyżej 65 lat wg przyczyny na oddziale/zespole leczenia środowiskowego/domowego w 2011 r.	44

Źródła danych:

Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Wydział Zdrowia
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Wydział Polityki Społecznej
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie
Główny Urząd Statystyczny
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
Wojewódzka Komenda Policji z siedzibą w Radomiu
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Raporty konsultantów wojewódzkich w dziedzinie geriatricznej, chorób wewnętrznych, zdrowia publicznego, psychiatrii, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych
Konferencja „Seniorzy w systemie ochrony zdrowia” w Ministerstwie Zdrowia
Konferencja inauguracyjna projektu systemowy pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatricznej - Opieka nad ludźmi starszymi w perspektywie starzenia się ludności Polski – prof. dr hab. Barbara Bień
Debata sejmowa zorganizowana przez „Koalicję na rzecz zdrowego starzenia się”
Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013.
Strategia rozwoju systemu opieki geriatricznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia – Projekt przygotowany przez Zespół ds. Geriatricznej, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r.

Wykaz publikacji wykorzystanych do opracowania raportu:

1. Prof. dr hab. Piotr Błędowski, dr Małgorzata Mossakowska, prof. dr hab. med. Andrzej Więcek: Monografia Projektu PolSenior „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”, Poznań, 2012
2. Bogdan Wojtyniak, Paweł Goryński, Bożena Moskalewicz Raport Narodowego Instytutu Zdrowia-Państwowego Zakładu Higieny: „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, Warszawa, 2012
3. "Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje", Warszawa, 2012
4. Bolesław Samoliński, Filip Raciborski: Zdrowe starzenie się: Biała księga, Warszawa, 2013
5. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.